



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA,
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MÁSTER EN SEXOLOGÍA 2011-2013**

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Autora: Rocío González Segura

Tutora: Carmen María Salvador Ferrer

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dña. Carmen María Salvador Ferrer, tutora de este trabajo y profesora del Máster de Sexología de la Universidad de Almería, por toda su dedicación, por sus aportaciones intelectuales, por las sugerencias y mejoras en la elaboración del trabajo y en definitiva por el tiempo empleado en mi, tiempo que hoy día vale oro y ella lo derrocha en nosotros sin esperar nada a cambio. Es por ello que hoy quiero expresarle el infinito agradecimiento que siento y darle las gracias por ello.

Aprovecho también para agradecer a todos los docentes del Máster de Sexología, ya no sólo por enseñarlos los contenidos que un sexólogo/a debe aprender, sino por transmitirnos su sabiduría, que de forma voluntaria lo han realizado. En especial a Rosa Zapata, sin la cual, este máster jamás se hubiese realizado.

También quiero agradecer a todas las embarazadas que han prestado su tiempo y sentimientos a la realización de este estudio. Hacer mención especial a mi compañera Rosa, por su apoyo, comprensión y compañerismo.

No me puedo olvidar agradecer a mi pareja, por su gran paciencia y ayuda en los momentos en los que la necesité.

Y por último dar las gracias al propio máster por haber cruzado en mi camino a personas que hoy forman parte de mi día a día, y que las he conocido aquí, especialmente a M^a Mar García Sánchez, Azahara Sánchez Gómez, M^a Carmen Ramírez Cazorla e Isabel M^a Vázquez Góngora.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Índice

1. Justificación.....	4
2. Introducción.....	6
2.1 La sexualidad en la mujer embarazada.....	6
2.2 Concepto de Inteligencia Emocional.....	8
2.3 El parto.....	13
2.3.1 Definición.....	13
2.3.2 Clasificación de los tipos de parto.....	13
2.4 Útero.....	17
2.5 Contracciones (motor del parto).....	18
2.6 Dolor de parto.....	21
3. Objetivos.....	27
4. Método.....	29
4.1 Participantes.....	29
4.2 Variables e Instrumentos.....	34
4.3 Procedimiento.....	35
4.4 Análisis de datos.....	35
5. Resultados	36
5.1 Análisis descriptivos.....	36
5.2 Análisis de correlaciones.....	48
5.3 Análisis de varianza.....	54
6. Conclusiones.....	63
7. Referencias Bibliográficas.....	71

1. JUSTIFICACIÓN

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, procesos fisiológicos complejos (MSC, 2010). A veces, por diversos motivos, se ha dificultado la atención a la importancia que el proceso del parto tiene en la vida de la mujer, en su bienestar emocional y adaptación a la maternidad.

El deseo de garantizar los mejores resultados y el incremento de embarazos en los últimos tiempos, ha propiciado la institucionalización de los partos, su dirección médica sistemática y el que se realice intervenciones médicas y quirúrgicas sin disponer de la suficiente evidencia sobre su seguridad y eficacia. La atención al parto representa una parte importante de la actividad hospitalaria, y supone aproximadamente el 14% de las hospitalizaciones y el 7% de las estancias hospitalarias (MSC, 2007, p.17).

Por otro lado la fecundidad en España prosigue su recuperación y alcanza valores cada vez más elevados desde que inició su recuperación en 1993, aunque en el 2007 aún no se aseguraba la tasa de reemplazo generacional, siendo de 2.1 hijos por mujer (MSC, 2007, p.11). En los últimos años, el número de partos anuales se ha ido incrementando, pasando de 372.749 durante 1997 a 459.751 en 2004 (MSC, 2007, p.11). Este aumento se ha debido al aumento de la inmigración, cuyo índice de fertilidad es más elevado. Así, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los nacimientos vinculados a madres inmigrantes se incrementaron en 2007 un 16.4%, y alcanzaron los 92.992 partos, casi el 20% del total de partos en España.

Y es que la mayor parte de las investigaciones sobre el proceso de parto no ha tenido en cuenta el factor psicológico en el mismo; a lo sumo se ha relacionado la satisfacción del proceso de parto con un mayor control personal (Guía NICE, 2007), pero tan sólo recomendaban la preparación del parto para una adecuada información, para así obtener unas expectativas reales del proceso. De hecho una de las líneas de trabajo futuras sugeridas en *la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal* (2010) hace alusión a “la importancia de realizar nuevas investigaciones que permitan establecer la influencia del estado de ánimo de la mujer, su sensación de seguridad y confianza, sobre los resultados durante el parto y los factores que garanticen el bienestar emocional y psicológico materno” (MSC, 2010, p.263-264).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Pero hasta ahora, nadie ha relacionado el parto con un concepto que alude a la capacidad de gestionar las emociones, como es la Inteligencia Emocional, siendo pues una habilidad que favorece la forma de interactuar con el mundo, teniendo muy en cuenta los sentimientos, y englobando habilidades, tales como, el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la comunicación, etc (Goleman, 1995). Ellas configuran rasgos de carácter, como la autodisciplina, la compasión o el altruismo que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social. Es más, la claridad y la reparación emocional son dos subcategorías que hemos incluido en el estudio, que pertenecen al cuestionario de la Inteligencia Emocional, y se relacionan de forma positiva con estados psicológicos más positivos, manteniendo relaciones negativas con la depresión, la ansiedad y la supresión de pensamientos (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 1999). Por ello, consideramos que merece de nuestro interés abordar este tema, ya que proporciona aptitudes de vital importancia no sólo en el parto sino en la vida en general, ya que facilita la relación de pareja, extendiendo sus consecuencias positivas a otros contextos. Y es que tal como lo define Goleman (1996), el autocontrol no trata de reprimir emociones, sino de regularlas, controlarlas y eventualmente modificar estados de ánimo y sentimientos negativos. Por tanto, es probable que la ansiedad y el estrés se vean interceptadas por esta habilidad de la parturienta. Esto cobra especial importancia al descubrir que el miedo no sólo está relacionado con el trinomio miedo- tensión- dolor, sino que, además, mantiene activo el sistema simpático, produciendo un movimiento espasmódico del útero, considerado como una disfunción de la fisiología del parto (Read, 1945), dificultando así el mismo.

Por otro lado, nuestra sociedad le ha arrebatado a la sexualidad el gran papel que desempeña, ya que la sexualidad no es sólo sexo, es un término mucho más amplio que responde a un instinto de comunicación (Lucas Matheo, 2009). Y es que esta situación ha generado indefectiblemente una sociedad sexofóbica y productora de úteros espásticos, por eso los nacimientos han sido dolorosos (Reich, 1956). Siendo el orgasmo el invento evolutivo para accionar la apertura del útero (Merelo Barberá, 1980), y *el principal rehabilitador del útero* (Rodrigañez Bustos, 2007, p.39).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Los autores mencionados anteriormente, (Reich, 1956; Mereló Barberá, 1980; Rodríguez Bustos, 2007), señalan distintas relaciones entre el tipo de parto y los aspectos emocionales, como la ansiedad; los aspectos conductuales, como las prácticas sexuales, o los aspectos demográficos, como la edad.

Conocer los patrones de variabilidad de un determinado proceso, en nuestro caso el parto, puede resultar un buen punto de partida para recomendar la corrección de prácticas utilizadas en exceso o el uso injustificado de prácticas no recomendadas. Conocer algunos de los factores que puedan dar lugar a una Cesárea, podría ser interesante de cara a la disminución del gasto sanitario que supone una intervención quirúrgica y acercarse pues, al nivel numérico que la OMS considera como criterio de calidad, siendo de un 15% de todos los embarazos, muy alejado del 22% que tenemos actualmente. Además de la disminución del gasto sanitario, se vería mejorada la experiencia global de la mujer durante el parto, ya que tal y como nos lo describe la Guía Nice (2007) “las expectativas y el control personal de la mujer, son dos de los factores más relacionados con el grado de satisfacción materno” (MSC, 2010, pp.184-185). Es por eso que en nuestro estudio queremos valorar la relación entre la Inteligencia emocional y la función sexual en la mujer embarazada a término.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 La sexualidad en la mujer embarazada

La sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Frohlich y Meston, 2002; McCabe y Cummins, 1998; Taleporos y McCabe, 2002; Ventegodt, 1998). Tanto la OMS como la OPS (2000), definen el término sexualidad como “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: (...) Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, valores y prácticas. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores (...) psicológicos, culturales (...)” (p.7).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

La sexualidad durante la gestación es una continuación de la que previamente se vivía. Por este motivo no debe plantearse la gestación, como una forma de terapia o remedio a disfunciones sexuales previas (Fabre González, 1993). Durante el embarazo se producen cambios en la sexualidad, debido a diferentes factores hormonales, fisiológicos, psicológicos y sociales (Cuevas, Rodríguez y Carrillo, 2006).

Diferentes investigadores mencionan en sus trabajos, los estudios realizados por Masters y Johnson (1972), quienes resumen la respuesta sexual durante la gestación con los siguientes resultados:

- Marca diferencias en las pautas de conducta sexual en el primer trimestre de la gestación, en unas gestantes hay disminución del interés sexual y frecuencia del coito, y en otras se produce todo lo contrario.
- En el segundo trimestre el 80 % de las gestantes sintieron renovarse su sexualidad, en función tanto del deseo, como de la respuesta física. Se han reportado orgasmos en mujeres, previamente anorgásmicas, durante la gestación, y esto viene dado porque los genitales sufren cambios anatómicos y funcionales que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente de lo habitual y las contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica son más pronunciadas.
- En el tercer trimestre se observa una pronunciada caída de la frecuencia del coito, debido a incomodidad que produce la gestación avanzada (González Labrador y Miyar Pieiga, 2001).

La sexualidad humana, que trasciende lo meramente procreativo y la necesidad de acercamiento y contacto con el otro, no está solamente relacionada con el hecho hormonal, sino por el instinto de comunicación humano (Hernández Garre, 2009)

Se hace evidente la importancia de la vida sexual en la mujer, siendo como consecuencia importante el hecho de presentar una alteración del mismo, o lo que es lo mismo, una disfunción sexual. Actualmente no se dispone de muchos cuestionarios que evalúen la función sexual, siendo pues escasos y poco accesibles. El cuestionario de

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Función Sexual Femenina (FSM), ha demostrado tener potencia diagnóstica, es por ello utilizado por la Junta de Andalucía, en los servicios de Atención Primaria. Podemos acceder a dicho cuestionario a través de la página web del Servicio andaluz de salud, en el apartado manuales y documentos de apoyo a los cuidados de la “Estrategia de cuidados de Andalucía”, en

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?p/agina=pr_desa_Innovacion5&url=gestioncalidad/indice_vpaciente.htm.

Y es que el cuestionario FSM evalúa, no sólo las diferentes etapas de la respuesta sexual, sino otras parcelas de la sexualidad, como son la satisfacción sexual y el grado de comunicación en la pareja, entre otros.

En síntesis, cuando hablamos de sexualidad convendría otorgarle importancia a diferentes aspectos, tales como la motivación, la empatía y las emociones, entre otros. Por ello, parece interesante estudiar el papel de la Inteligencia Emocional en la embarazada.

2.2 Concepto de Inteligencia Emocional

La American Psychological Association (APA) es una organización científica y profesional de psicólogos de EEUU, creada en 1982. Define el concepto de inteligencia y lo expuso así: *“Los individuos difieren los unos de los otros en habilidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al entorno, así como el de aprender de la experiencia, en encontrar varias formas de razonar, de superar obstáculos mediante la reflexión. A pesar de que estas diferencias individuales puedan ser sustanciales, éstas nunca son completamente consistentes: las características intelectuales de una persona variarán en diferentes ocasiones, en diferentes dominios, y juzgarán con diferentes criterios. El concepto de "inteligencia" es una tentativa de aclarar y organizar este conjunto complejo de fenómenos”* (Neisser, Boodoo, Bouchard, Boykin, Brody, Ceci, Halpern, Loehlin, Perloff, Sternberg y Urbina, 1996, p.77).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

En “La teoría de las inteligencias múltiples”, se describe a la inteligencia no como algo unitario, sino que agrupa capacidades distintas y nos amplía el campo de lo que es la inteligencia a algo más que la capacidad intelectual. Así como hay muchos tipos de problemas que resolver, hay muchos tipos de inteligencia. De dicha teoría se describieron ocho tipos distintos de inteligencia: inteligencia lingüística, inteligencia lógica-matemática, inteligencia espacial, inteligencia musical, inteligencia corporal-cinética, inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal e inteligencia naturista (Gardner, 1983). Según esta teoría todos los seres humanos poseen los distintos tipos de inteligencias citadas en mayor o menor medida y todas igual de importantes (Gardner, 1983).

El ser humano es un ser razonable, pero al mismo tiempo es sensible y emotivo. Podríamos decir que tenemos dos cerebros, uno racional y otro emocional. En la última década la investigación sobre regulación y manejo de las emociones ha experimentado un gran interés (Regó y Fernández, 2005; Salvador, 2008; Salvador y Morales, 2009). Salovey y Meyer (1990), definen inteligencia emocional como *“la capacidad para identificar y traducir correctamente los signos y eventos emocionales personales y de los otros, elaborándolos y produciendo procesos de dirección emocional, pensamiento y comportamiento de manera efectiva y adecuada a las metas personales y el ambiente”* (p.125).

Según Goleman (1996), la Inteligencia Emocional es *la capacidad para reconocer los sentimientos propios y ajenos, y las habilidades para manejarlos*. Para este autor son las emociones las que nos permiten afrontar situaciones tales como una pérdida irreparable, la relación de pareja, la creación de la familia, ya que el intelecto exclusivo no podría afrontarlo. Quedando así al descubierto la sobrevaloración que el intelecto ha tenido y sigue teniendo en nuestro entorno, puesto que un coeficiente intelectual alto no es garantía de prosperidad, prestigio ni felicidad. Tal como reflejan diferentes autores (Salovey y Mayer, 1990; Salvador, 2009) consideran que la inteligencia emocional se apoya en cinco aspectos cruciales. En primer lugar, *conocer las propias emociones*, esto es, la conciencia de uno mismo y la

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

capacidad de controlar sentimientos (autoconocimiento). En segundo lugar, *manejar las emociones*, entendida como la capacidad de manejar sentimientos para que sean adecuados, este aspecto se basa en la conciencia de uno mismo (autocontrol). En tercer lugar, *la propia motivación*, es decir, la capacidad de ordenar las emociones al servicio de un objetivo esencial (automotivación). En cuarto lugar, *reconocer las emociones de los demás*, se trata de la empatía (autoconciencia de las emociones de los otros). Por último, en quinto lugar, *manejar las relaciones*, entendida como la capacidad de manejar las emociones de los demás y, también, de uno mismo.

Por tanto, parafraseando a algunos autores (Salvador 2009; Mayer, 1990), podemos definir el término como "una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos" (Salovey y Mayer, 1990, p.239).

Goleman (1995) resalta los siguientes aspectos de la Inteligencia emocional:

1. **Autoconciencia:** remite a la necesidad de conocerse a uno mismo y conocer los puntos débiles propios para, a partir de esa información, poder tomar decisiones auténticas que podamos comprender.
2. **Autocontrol:** no se trata de reprimir emociones, sino regular, controlar o eventualmente modificar estados de ánimo y sentimientos cuando son negativos.
3. **Automotivación:** entendida como la capacidad de generar proyectos personales, plantear retos y establecer metas que estimulen la consecución de objetivos.
4. **Empatía:** es la capacidad para ponerse en la situación de los demás, poder sentir como ellos y conectar mejor. Este término permite percibir con más facilidad las necesidades ajenas.
5. **Habilidad comunicativa:** destreza para comunicar con los demás.
6. **Socialización:** engloba el dominio de estrategias y formas de relacionarse afectiva y efectivamente con las demás personas.
7. **Éxito y valía:** la Inteligencia Emocional sirve para diferenciar entre el éxito y la valía de las personas. La valía de las personas no está determinada por un éxito específico (en su trabajo, con su familia, etc.), sino por su capacidad para afrontar la vida. Cuando tener éxito se convierte en una necesidad para demostrar la valía surge la insatisfacción.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Según Fernández Berrocal y Ramos (2002), la I.E. es una habilidad que implica tres procesos:

***Percibir**, y lo define como la capacidad de reconocer de forma consciente nuestras emociones e identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.

***Comprender**: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.

***Regular**: dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Estas tres prácticas están entrelazadas de forma que para una adecuada regulación emocional es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión eficaz se requiere de una apropiada percepción emocional. Y es porque la percepción emocional es una condición o prerequisite para la comprensión emocional. Pueden darse casos de personas con una gran capacidad de percepción emocional, que carecen de comprensión y regulación emocional (Fernández Berrocal y Ramos, 2002). Lograr regular las emociones no es fácil. Puede verse facilitado con ayudas externas, como son, una película, la música, el deporte, la compañía de nuestra pareja. Lo “inteligente”, emocionalmente hablando, es saber qué hacer y dónde acudir (Fernández Berrocal y Ramos, 2002).

Cuando estos tres componentes de la I.E. se aplican sobre uno mismo se denomina competencia personal o inteligencia intrapersonal y cuando se aplican sobre los demás, competencia social o inteligencia interpersonal.

De acuerdo a lo planteado por Goleman (1996, 1999, 2000), la inteligencia emocional cuenta con un *componente intrapersonal* y otro *componente interpersonal*. Lo *intrapersonal* comprende las capacidades para la identificación, la comprensión y el control de las emociones de uno mismo, que se manifiestan en la autoconciencia y el autocontrol. El *componente interpersonal*, comprende a su vez la capacidad de identificar y comprender las emociones de otras personas, lo que en psicología se denomina ser empático, y la capacidad de relacionarnos socialmente de una manera positiva, o sea, poseer habilidades sociales. Y es que gran parte de la habilidad comunicativa reposa en la destreza del hablante para reconocer los sentimientos e

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

intereses de otras personas, ya que las personas que conectan fácilmente con otros se caracterizan por su sensibilidad a los signos emocionales y por la habilidad para responder a las necesidades de los demás (Giménez de la Peña, 2002). La habilidad de la comunicación resulta especialmente útil en la relación de pareja, siendo pues, según López (2002), uno de los tres contenidos que pueden llegar a compartir las personas que conviven en pareja. Y es que este autor incluye en el mismo la comunicación y el intercambio afectivo, o dicho de otra forma, la empatía, otra cualidad determinante y desarrollada con la Inteligencia emocional.

Algunos autores como Salovey y Mayer, 1990, nos hablan de tres dimensiones en la Inteligencia Emocional:

- *Percepción emocional, etiquetada por *atención emocional*, y la define como la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada.

- *Comprensión de los sentimientos, formulada por *claridad emocional*, definiéndola como la capacidad de comprender bien los estados emocionales propios.

- *Regulación emocional, pasándose a llamar *reparación emocional*, siendo pues la capacidad de regular los estados emocionales correctamente.

Un estudio realizado sobre embarazadas mostró que las que presentaban niveles más bajos de ansiedad y depresión poseían un mayor conocimiento de sus estados emocionales, es decir, presentaban puntuaciones altas en claridad emocional y reparación de las emociones, y puntuaciones bajas en Atención a los sentimientos (Fernández Berrocal, Ramos y Orozco, 1999). Otros estudios realizados en Canadá establecen que un índice elevado en inteligencia emocional total mostraron menos sentimientos de naturaleza negativa y más de naturaleza positiva, además, se mostraban más agradables, tenían menos dificultades para identificar y describir sentimientos en situaciones de estrés (Dawda y Hart, 2000). Es por ello que en nuestro trabajo hemos utilizado la escala TMMS-24.

Además, según la teoría de la puerta de control de Melzack y Wall en 1965, nombrada por Esteve Zarazaga y Ramírez Maestre (2002), el control que creemos tener sobre el

dolor, la atención que le prestemos al mismo, el aburrimiento y las creencias acerca de lo que significa el dolor abren más la puerta de entrada del mismo. Estableciendo pues diferentes estrategias para enfrentarse al dolor, siendo la distracción, la autoafirmación, el apoyo social y el control percibido del dolor algunas de las técnicas recomendadas para ello.

Por otro lado la guía NICE (2007) considera el control personal de la mujer, uno de los factores más relacionados con la satisfacción, por ello fomenta el aprendizaje de técnicas de control personal (Ministerio de ciencia e innovación, 2009). Y es que en definitiva las mujeres que no están afectadas por el miedo u otras emociones negativas dan a luz más fácilmente que las demás, por somatización del proceso (Read, 1933).

2.3 El parto

2.3.1 Definición

Se denomina parto al proceso fisiológico que pone fin al embarazo haciendo que el feto y sus anejos (la placenta y las membranas) abandonen el útero y salgan al exterior. En la especie humana el embarazo dura 281.5 días a contar desde el comienzo de la última menstruación (Usandizaga Beguirustáin, 2011).

2.3.2. Clasificación de los tipos de parto

El parto puede adoptar múltiples variedades y de ahí que podamos clasificar los partos de muy diferentes maneras (Usandizaga Beguirustáin, 2011). Si atendemos a la *edad gestacional* encontramos el parto pretérmino, a término y postérmino. Si tomamos como referencia *el inicio del mismo*, parto espontáneo o parto inducido o provocado. Según la *presentación* del feto, parto cefálico o parto podálico. En función al *canal del parto*, encontramos el parto vaginal, que a su vez se divide en dos, eutócico y distócico, y abdominal, o lo que es lo mismo, cesárea. Si atendemos a la *duración* del parto, encontramos parto normal, precipitado y prolongado. Y, por último, según la *evolución* del mismo, diferenciamos entre parto normal o eutócico, parto instrumentalizado o distócico, donde existen tres variantes, ventosa, espátula y fórceps, y para finalizar la cesárea (Usandizaga Beguirustáin, 2011, pp.214-215).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Parto Normal

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2008) se considera parto normal aquel parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben, igualmente, evolucionar de forma fisiológica. Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido. Realizando, por tanto, el menor número posible de procedimientos activos, pero sin olvidar que como cualquier trabajo de parto, obliga a una vigilancia exhaustiva del estado materno y fetal (SEGO, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) se denomina parto normal aquel de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones.

Vamos a señalar los tipos de partos que más nos interesan para una mayor comprensión del trabajo. Estos serían: tipos de parto según la edad gestacional y según su evolución.

Antes de pasar a definir tales términos, vamos a definir los que en obstetricia se define como primípara, secundípara y multípara. Pues bien, el sufijo “*para*” hace alusión a *parir*, y si le añadimos el prefijo “*primi*”, “*secundi*” y “*multi*”, nos podemos hacer una idea de a qué mujeres alude, siendo pues una *primípara*, aquella mujer que pare por primera vez, *secundípara*, la que pare por segunda vez y *multípara*, la que lo hace por tercera y sucesivas veces (Usandizaga & De la Fuente, 2011).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

A) Tipos de parto según la edad gestacional

A.1. Parto Pretérmino: El que ocurre entre la semana 20 completa y antes de las 37 semanas.

A.2. Parto a Término: Cuando sucede entre las 37-42 semanas completas de embarazo, es decir, entre los días 259 y 293 de embarazo (contados a partir del primer día de la última regla).

A.3. Parto Postérmino: El que sucede después de la semana 42 de gestación.

Los Recién nacidos se clasifican también en atención a la edad gestacional en la que nazcan. En general se considera *Recién Nacido a término* a aquel que nace entre la semana 37 y las 41 semanas más 6 días. *Recién Nacido pretérmino o prematuro* al que nace antes de la semana 37 de gestación y *Recién nacido Postérmino* si nace después de la semana 41 más 6 (AEPap, 2010). La OMS (2012) define el nacimiento prematuro el producido con menos de 37 semanas completas de gestación. Aunque define tres categorías de bebés prematuros:

**Prematuro tardío*, aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas. Representan el 84 % del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.

**Muy prematuros*, aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas. Estos bebés requieren atención de apoyo adicional. La mayoría sobrevive.

**Extremadamente prematuros*, aquellos nacidos antes de las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir.

La patología respiratoria en general y la enfermedad de la membrana hialina (EMH) en particular, suele ser la patología más frecuente de los Recién Nacidos prematuros; a partir de la semana 35 los niveles de surfactante en líquido amniótico suelen alcanzar niveles maduros, con lo cual se considera que a partir de esta semana el recién nacido, a partir de la semana 35, tiene los pulmones maduros.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

B) Según su evolución

C.1. Parto Eutócico o No Instrumentado: El que transcurre según patrones de absoluta normalidad y termina de forma espontánea.

C.2. Parto Distócico o Instrumentado: En el que se presenta cualquier anomalía que le hace discurrir fuera de los cauces normales.

Los instrumentos utilizados para realizar esta técnica son:

* EL FÓRCEPS es una pinza desarticulable diseñada para realizar prensión en el polo cefálico fetal, facilitando la extracción del mismo mediante los adecuados movimientos de rotación y tracción (SEGO, 2003).

* LA VENTOSA OBSTÉTRICA es un sistema diseñado para la extracción del feto, basado en la aplicación de una copa o campana que se fija a la presentación fetal mediante presión negativa, haciendo una presa firme. Se pretende ayudar a los mecanismos fisiológicos del parto vaginal, con tracciones que acompañan a las contracciones (SEGO, 2002).

* LAS ESPÁTULAS:

Son dos palancas independientes, delgadas y totalmente macizas, es decir, no fenestradas. La derecha es prolongación de la mano derecha y se aplica en el lado izquierdo de la madre en los casos en que la cabeza está rotada totalmente. La izquierda al revés (SEGO, 2003).

C.3. CESÁREA:

La SEGO (2002) define la Cesárea como el parto del feto a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía).

La cesárea puede clasificarse según el momento de su indicación en programada, intraparto y urgente.

Según el Informe de evaluación de tecnologías sanitarias avalia-t Núm. 2007 / 03 (2009), a cargo del Ministerio de ciencia e innovación, el porcentaje medio de partos

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

no instrumentados en el período de estudio (2001-2006) fue del 62,7%, frente a un 15,1% de partos instrumentados y del 22,2% de cesáreas, porcentajes que se mantuvieron muy estables a lo largo del tiempo.

Los datos que disponemos de España del año 2006, con un 22,2% de cesáreas, está muy por encima del 15% de cesáreas que recomienda la OMS.

Por otro lado la estancia media en el año 2006 fue de 5,65 días para las cesáreas, de 3,18 días para los partos instrumentados y de 2,82 y 2,71 días para los partos no instrumentados con o sin episiotomía, respectivamente.

2.4 El Útero

Histológicamente el útero está compuesto por tres capas (Bonilla Musoles y Pellicer, 2011):

1. Endometrio (mucosa uterina): tejido epitelial que contiene glándulas y que está sometido a los cambios hormonales que se producen durante el ciclo menstrual. Es la capa en la que se produce la inserción placentaria en la gestación.

2. Miometrio (capa muscular). Es un músculo liso compuesto de tres concéntricas:

2.1 Capa externa o de *fibras longitudinales*

2.2 Capa media, con *entrecruzamiento de fibras*, que representa la capa de mayor grosor. Son haces muy apretados que rodean, en forma de ochos y de espirales, los vasos sanguíneos.

2.3 Capa interna o de *fibras circulares*. Son escasos en la parte superior de la bolsa uterina y se van haciendo más seguidos hacia la parte media inferior, para terminar formando los compactos haces circulares del cérvix.

Rodríguez Bustos (2009) cita a Read (1945), en el que explica que los músculos longitudinales y los circulares forman un par que debe funcionar de manera sincronizada: cuando unos están contraídos los otros se distienden y viceversa, y pone varios ejemplos, como el del bíceps y el tríceps de nuestro brazo.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Para Read (1945) *los haces longitudinales tienen la función de vaciar y los circulares de retener, y cuando los longitudinales empujan hacia fuera, los circulares deben de aflojarse y distenderse, lo mismo en el útero que en la vejiga urinaria.* Continúa explicando Read que *los haces longitudinales están inervados al sistema nervioso parasimpático (SNPs) mientras que los circulares al simpático (SNS).* Como es sabido, el SNPs, también llamado sistema vagal, es el que se activa en el estado de relajación, y el SNS el que funciona en estado de stress y de alerta; de manera que por eso, concluye Read, *el cérvix no 'dilata' cuando la mujer está en ese estado, con el SNS activado* (Retomada de Rodríguez Bustos, 2009, pp.13-15).

3. Peritoneo (capa serosa): tapiza la cara anterior y posterior del cuerpo del útero.

Y es que en definitiva una mayor relajación se traduce en menos dolor por no estimular el sistema adrenérgico que nos pone en alerta, en un momento en el que precisamos del parasimpático o colinérgico, para dejar a la musculatura que interviene en el parto lo más relajada posible, porque *el miedo impide la relajación y la distensión de los haces circulares del útero, produciendo el movimiento espástico del útero* (Rodríguez Bustos, 2007, p.12).

2.5 Contracciones (Motor del parto)

Según Usandizaga y De la Fuente (2011), denominamos “motor del parto” a las fuerzas dinámicas que determinan la dilatación del conducto del parto y la expulsión del feto y sus anejos al exterior.

Se compone de dos elementos (Usandizaga y De la Fuente, 2011):

1. La contracción uterina.
2. La contracción de la prensa abdominal (diafragma y musculatura del abdomen) que refuerza la acción de la contracción uterina al final del parto.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

La contracción se inicia en el fondo uterino y progresa hacia las zonas inferiores en forma de ondas. En el útero existen tres zonas bien diferenciadas al final del embarazo (Abad, Parrilla, Abad de Velasco y Bonilla Musoles, 2007): *el fondo*, grueso, que alberga gran cantidad de miosina y tiene por tanto gran capacidad contráctil; *el segmento inferior*, adelgazado, de escasa contractilidad; y el *cuello*, blando, con escasas fibras musculares y abundante tejido conjuntivo, que ofrece en su conducto central el lugar de menor resistencia y que es la formación anatómica que ha de dilatarse.

Pues bien, efectivamente las contracciones son más intensas y más duraderas en el fondo que en las partes más bajas. Caldeyro Barcia y col., 1950, definen como *triple gradiente descendente* al descenso gradual de dirección, de intensidad y de duración: la onda tiene una dirección de arriba abajo, la intensidad de la contracción desciende progresivamente hacia abajo, y la duración también. Así se consigue que el acmé de la contracción sea casi simultáneo en todos los tramos del útero, asegurándose la eficacia de la contracción total del mismo. De esta forma la contracción ejerce una acción unitaria al estar sincronizada todas sus partes.

La contracción uterina tiene unas características muy especiales. Como ya hemos comentado anteriormente, son células musculares lisas, y aumentan de tamaño hasta diez veces duro ante el embarazo. Poseen receptores específicos para estrógenos, progesterona, receptores adrenérgicos (alfa y beta) y receptores de prostaglandinas y oxitocina.

Sobre los receptores de alfa y beta actúan las catecolaminas. Mientras que sobre los efectos dependientes de la estimulación de los adrenoreceptores alfa favorecen la contracción, los dependientes de los adrenoreceptores beta conducen a la relajación.

Los receptores de oxitocina aumentan de forma progresiva a lo largo del embarazo, alcanzando al comienzo del parto valores que son 100 veces mayores de los que tiene el miometrio del útero no gestante.

La densidad de dichos receptores es variable y depende de la actividad sexual que se haya realizado. Esto explicaría la función de la sexualidad infantil, cuyo objetivo, entre

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

otros, es madurar los órganos sexuales. Si la mujer no ha desarrollado sus pulsiones sexuales desde la infancia, aunque se le administre oxitocina sintética, el útero no puede funcionar y abrirse y el parto acaba en cesárea (Rodríguez Bustos, 2008).

LA CONTRACCIÓN UTERINA A ESCALA MOLECULAR (Usandizaga y De la Fuente, 2011):

La unión de la actina y miosina (proteínas contráctiles) es esencial para que se produzca la contracción.

La acción hormonal es absolutamente esencial para que la fibra muscular uterina adquiera su capacidad de contraerse adecuadamente, siendo quizás el factor más importante.

Los Estrógenos. Intervienen en la síntesis de la miosina y mejoran la conductividad muscular. Además inducen la formación de receptores alfa- adrenérgicos (estimuladores de la contracción) y de oxitocina en las células musculares.

La Oxitocina es una hormona producida en el hipotálamo y almacenada en la hipófisis posterior; desde aquí es liberada en pequeñas cantidades (en forma de pulsos) y aumentando en función de la fase de parto en la que se encuentre la gestante. Las cantidades en sangre son muy escasas por la pequeña cantidad liberada y por su corta vida media. Aunque lo más importante de esto es que la sensibilidad miométrial sea óptima y ello se consigue cuando el número de receptores de oxitocina alcanza un punto crítico. En la liberación de oxitocina desde la hipófisis posterior se establece un reflejo nervioso a partir del propio útero (Usandizaga y De la Fuente, 2011).

La presión de la presentación sobre el cuello uterino desencadena un arco reflejo que, a través de la médula, llega al hipotálamo y a la hipófisis posterior. Es el llamado *Reflejo de Ferguson*. De esta manera se asegura la continuidad de las contracciones una vez iniciado el parto.

Las Prostaglandinas desarrollan su acción aumentando la permeabilidad de la membrana celular a los iones de calcio.

Los medicamentos oxitócicos son las sustancias capaces de provocar o de activar las contracciones uterinas. Los productos que tienen propiedades oxitócicas reales y efectivas y se usan en Obstetricia son la oxitocina, las prostaglandinas y los ergóticos.

2.6 Dolor de parto

Uno de los grandes miedos de la mujer embarazada es el miedo al dolor del parto (SEGO, 2006). El dolor del parto es agudo y de una gran variabilidad. Preguntadas por la intensidad del dolor, el 20% de las parturientas lo describen como insoportable, el 30% como severo, el 35% como moderado y tan sólo el 15% señalan la intensidad como mínima (SEGO, 2006).

El dolor constituye una experiencia influida y en cierto modo instituida desde la esfera cultural. Es un rasgo mediador de la personalidad que no puede afrontarse como una realidad aislada sino como una vivencia que se alimenta y determina en gran medida desde un proceso socio-histórico particular. Y es que tal y como defienden los principales exponentes de la escuela antropológica americana de personalidad y cultura las concepciones, interpretaciones e incluso experiencias se alimentan y constituyen desde la representación cultural de la que cada sociedad concreta se dota (Mead, 1971).

La guía NICE (2007) considera que la experiencia de la mujer durante el parto es muy variable y está influida por varios factores (expectativas, grado de preparación, complejidad del parto y severidad de dolor sufrido). La evidencia encontrada considera las expectativas y el control personal de la mujer los factores más relacionados con la satisfacción, además del comportamiento de los profesionales. Por ello, para aumentar la satisfacción materna durante el parto, NICE recomienda que la preparación preparto ofrezca una adecuada información, de manera que las mujeres tengan unas expectativas reales del proceso, que incluyan el dolor y su alivio, y que se fomente el aprendizaje de técnicas de control personal (Ministerio de ciencia e innovación, 2009), ya que *para muchas mujeres, la ansiedad sobre el parto está relacionada con el temor a la pérdida de control. Durante toda la vida te han enseñado a controlar los procesos físicos y el*

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

comportamiento, y bruscamente va a suceder algo que no puede ser controlado y que afectará a tu propio cuerpo (Kitzinger, 1982, p.129).

La OMS (1996) recomienda los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral.

La SEGO (2006) establece que la analgesia espinal: epidural e intradural, proporciona un alivio del dolor durante todos los periodos del parto superior a la de cualquier otra analgesia sistémica y es de gran seguridad. Es, por tanto, el método de elección para el alivio del dolor del parto y debe estar disponible para todas las parturientas. La analgesia epidural es el método para el alivio del dolor más estudiado y difundido. Consiste en el bloqueo nervioso central mediante la inyección de un anestésico local cerca de los nervios que transmiten dolor, en la región lumbar, para el alivio del dolor durante el parto. Está probado el beneficio del acompañamiento durante el parto acerca de la necesidad de recibir cualquier analgesia/anestesia (Msc, 2007).

Es llamativo cómo cuando el útero se dilata del todo, el dolor es menor, aun cuando pueden incorporarse nuevos elementos álgicos como la compresión de partes vecinas y del periné. Es importante destacar las considerables variaciones individuales que se dan en la percepción del dolor, con notable influencia de la sensibilidad individual, la ansiedad, la preparación de la mujer, su cultura, etc....en realidad se emplean distintos medicamentos con fines diversos (Usandizaga y De la Fuente, 2011).

Teóricamente, en un parto normal no es necesario ningún tipo de medicación; sin embargo la realidad dice que se emplean a menudo distintos medicamentos con fines diversos, ya sea para acelerar el parto, aliviar el dolor. Y es que, tal y como nos comenta el antropólogo francés Francois Laplantine (1999), quizás de una manera un tanto exagerada pero no exenta de verdad, la biomedicina se ha convertido entre nosotros ,no solo en un segmento importante de nuestra cultura, sino en el dominante, no estando incluso muy lejos de ser él toda la cultura.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Menéndez (2005) le asigna a este sistema médico occidental, surgido a finales del siglo XIX, el nombre de “Modelo Médico Hegemónico”, en el que la biomedicina, investida del poder institucional en materia de salud, determina la forma en que se deben de interpretar todos los procesos, tanto físicos como psicológicos, estableciendo los límites que separan lo normal de lo patológico.

Por otro lado la asociación de parto y dolor es otro concepto que intento desmontar haciendo alusión a autores tales como Rodríguez Bustos (2007), en su libro *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, en el que menciona al obstetra inglés Grantley D. Read (1933) que llegó a la conclusión de que el dolor en el parto podría ser algo patológico. Realizó un estudio sobre el dolor y sus receptores (nociceptores), lo cual le confirmó que el dolor constituye un sistema de defensa destinado a alertarnos de alguna agresión o disfunción de algún órgano o sistema. Read (1933) asegura que un corte con el bisturí en el útero no produce dolor, y que en cambio duele muchísimo todo lo que sea la disfunción de la distensión muscular, que habría que evitar en un parto normal. De hecho, la innervación del aparato genital femenino se compone de dos sistemas: el sistema de relación o nervios del sistema autónomo y el sistema vegetativo, que como ya dije anteriormente se compone de una innervación simpática y parasimpática. La innervación del sistema de relación depende del nervio pudendo. Sigue el mismo camino que la arteria pudenda interna, rodea la espina ciática, y entra en el suelo del periné, donde da diferentes nervios para los genitales externos y el tercio inferior de la vagina. Es el único nervio capaz de transmitir sensaciones dolorosas con sensibilidad propia, por lo tanto, la única parte del órgano genital de la mujer que tiene sensibilidad es el tercio inferior de la vagina y los genitales externos (Bonilla Musoles y Pellicer, 2007).

Becerro de Bengoa Callau, en su tesis doctoral menciona a Read (1933) y asegura que *el dogma de parto doloroso, peligroso y penoso, como ha surgido en el transcurso de nuestro desarrollo cultural, crea un miedo de expectación responsable de los dolores y de muchas de las complicaciones que de ello se derivan* (Becerro de Bengoa Callau, 1993, p.56).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Y es que según Read (1933), el miedo desencadena un mecanismo de defensa orgánica, que en el caso del miedo al parto se manifiesta sobre todo por espasmos uterinos y contractura de la musculatura del suelo de la pelvis que no solo dificulta y retiene el parto sino que resulta además doloroso. Es por ello que la psicoprofilaxis resulta tan útil en el parto; de hecho en 1933 Read propone un método profiláctico del parto sin miedo ni tensión, estando basado en la educación teórica y la sugestión del bienestar y del relajamiento, siendo posibles así el parto indoloro sin narcóticos. Había observado que las mujeres que no estaban afectadas por el miedo u otras emociones negativas daban a luz más fácilmente que las demás, sacando así la conclusión de que el dolor de parto tenía que ser algo patológico.

Algunas causas del miedo al parto, son los temores reales, tales como el dolor, la herida, la hemorragia mortal, malformaciones del feto... además de relatos improcedentes de personas que consiguen sugestionar a la futura madre, relatos tales como que muchas mujeres gritan hasta enronquecer, que pierden las inhibiciones, lloran y dicen cosas horribles, y te horroriza que durante el parto puedas evacuar de forma involuntaria el intestino o la vejiga (Kitzinger, 1982).

Resumiendo, para Read (1933) el dolor está relacionado con el trinomio *miedo-tensión- dolor* y lo define como un síndrome de naturaleza vegetativa. El miedo, que mantiene activo el sistema simpático, impide la relajación y la distensión de los músculos circulares de la boca del útero, produciendo el movimiento espástico o espasmódico del útero, lo que considera una disfunción de la fisiología natural y normal del parto.

Otros autores siguen la línea de Read (1933), y establecen que la relajación es vital para el parto. *Si no sabes relajarte, es probable que te agotes a consecuencia de la contracción de todos los músculos del cuerpo, en reacción al estrés de las contracciones uterinas. La ansiedad y la tensión generalizada afectan a veces la forma en que se contrae el útero, provocando su funcionamiento incoordinado, lo que significa que las contracciones producirán dolor, pero no resultarán muy eficaces para*

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

dilatar el cérvix (Kitzinger, 1982, p.p. 236-240), además, altera toda la bioquímica de tu cuerpo, lo que puede reducir el aporte de oxígeno al niño.

El útero tiene receptores de oxitocina en el tejido muscular para activarse con la llegada de esta hormona; lo que nos viene a indicar de la existencia de un dispositivo específico que activa el reflejo muscular del útero, dispositivo que forma parte del sistema sexual. Es por ello que Read considera que en el útero interviene la sexualidad. Y es que parafraseando a Michel Odent (2001), si las mujeres no desarrollan una suficiente cantidad de receptores de oxitocina, el útero carece de suficiente sensibilidad para la misma, lo que dificultaría el parto normal; de hecho en su libro recoge un estudio donde se analiza una muestra de tejido uterino a mujeres que habían sido sometidas a Cesárea, comprobando pues una baja proporción de receptores de oxitocina. La oxitocina del organismo no es comparable con la oxitocina sintética, dado que (Rodríguez Bustos, 2007, p.15):

*Las fibras longitudinales del útero se baten espasmódicamente, pegando tirones a las fibras circulares que permanecen contraídas.

*La oxitocina sintética llega en tromba en lugar de llegar de forma pulsátil fisiológica.

La fisiología natural del parto supone el estado de relajación de la mujer, el SNS desactivado y la producción natural de oxitocina, de esta manera los haces musculares del útero mencionados anteriormente trabajarían en armonía y sincronía, para lograr el fin común, el nacimiento del recién nacido.

Masters y Johnson (1966), estudiaron el movimiento del útero que tiene lugar en todos los orgasmos femeninos. Registraron dicho movimiento con electrodos intrauterinos, y descubrieron una sucesión de contracciones- distensiones, que es el mismo movimiento muscular que tiene que realizar el útero durante el trabajo de parto. El propio útero es el responsable del placer, siempre que los músculos funcionen acompasadamente. De hecho Leboyer (1976), describió dos tipos de contracciones, las generadoras de placer y las generadoras de calambres y dolores. Para este autor en la *contracción normal de parto, el útero se encoge muy lentamente en un movimiento que*

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

empieza arriba y va bajando poco a poco, al llegar abajo hace una pausa y luego empieza lentamente de abajo hacia arriba, y al llegar arriba vuelve a hacer otra pausa (Retomada por Rodrigañez Bustos, 2007,p.18). Y es que, fisiológicamente, se produce así, siguiendo el modelo del triple gradiente descendente de Caldeyro y col (1950), explicado anteriormente.

Por otro lado, Choisy (1970), considera que *la intensidad del orgasmo es correlativa a la intensidad de los latidos del útero*, comprobado con un electrouterograma.

Desde estos autores nadie se ha atrevido a relacionar el orgasmo con el parto, a excepción de dos sexólogos españoles Merelo Barberá (1980) y Serrano Vicens (1977). *El miedo no permite la relajación de los haces circulares del útero; porque el miedo es incompatible con cualquier acto sexual; toda la sexualidad por definición es la extrema relajación, la activación total del tono vagal, la confianza en el entorno, el switch off del simpático y de la intervención del neocortex, etc., lo opuesto al estado neuro-endocrino-muscular de un cuerpo que tiene miedo* (Rodrigañez Bustos, 2007, p.20). Serrano Vicens (1977) realiza un estudio sobre la diversidad y la capacidad orgástica de la mujer; entre las conclusiones a las que llegó voy a destacar que “ *la capacidad sexual y orgástica de la mujer es mucho mayor que lo que normalmente se admite, y además dista mucho de ser exclusivamente falocéntrica*” y que “*a mayor desarrollo de la capacidad orgástica en la infancia y en la adolescencia, con prácticas solitarias o con amigas (homosexualidad), mayor capacidad orgástica en las relaciones coitales conyugales*”(Rodrigañez Bustos,2007, p.21).

Mereló Barberá presentó un informe en el congreso de Ginecología de Paris en 1974 donde relaciona parto y orgasmo, afirmando que *la violencia interiorizada y la cantidad de sufrimiento que conlleva, la vida con el útero contraído, es casi infinita*. El orgasmo es la principal vía de ‘rehabilitación’ del útero. *El orgasmo fuera del parto, tiene la misión de descargar la libido para la autorregulación corporal; al realizar esta función, también prepara y mantiene a punto al útero por si un día tiene que realizar la gran operación de apertura* (Rodrigañez Bustos, 2007,p.39). Y es que “*el orgasmo fue un invento evolutivo para accionar el dispositivo de apertura del útero*” (Rodrigañez

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Bustos, 2010, p. 199). Parafraseando a Reich y mencionado por Rodrigañez Bustos (2007), el útero relajado puede tardar de 1 a 5 horas en dilatarse, mientras que uno espástico puede llegar hasta las 40 horas.

Las grandes multíparas, por la pérdida del miedo y la confianza adquirida por los partos anteriores, tienen un útero sin rigidez y que pueda distenderse suavemente, sin calambres; es por ello por lo que se “pare más fácilmente”.

Y es que en definitiva el parto es un momento de la vida de la mujer que jamás se olvida, y es por ello que debemos intentar que ese “momento” sea realmente inolvidable y positivo. El cuerpo de la mujer se va preparando a lo largo de su vida para afrontar y superarlo de una forma fisiológica, pero en multitud de ocasiones son las restricciones de la sociedad y los miedos, los que desvían este proceso fisiológico, convirtiéndolo en algo doloroso y patológico, requiriendo a veces de cirugía. Por otro lado, el autocontrol tiene una gran importancia en la vida en general y en el momento del parto en particular, ya que las personas con un índice elevado de inteligencia emocional total, muestran menos sentimientos de naturaleza negativa, más de naturaleza positiva y son menos propensas a la sintomatología somática o incremento de la misma ante una situación de estrés (Dawda y Hart, 2000), como es el momento del parto. Lo que se traduce en menos dolor y mayor sinergia de las fuerzas uterinas en la expulsión del feto, por no estimular el sistema adrenérgico que nos pone en alerta, en un momento en el que precisamos del parasimpático o colinérgico, para dejar a la musculatura que interviene en el parto lo más relajada posible.

Por todo esto nos disponemos a estudiar la inteligencia emocional y la función sexual en mujeres embarazadas por su importancia en el momento del parto.

3. OBJETIVOS

En este trabajo nos vamos a detener en estudiar la función Sexual y la Inteligencia emocional en gestantes a término. Para tal finalidad, utilizamos un objetivo general y varios objetivos específicos que pasaremos a exponer a continuación.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

3.1 Objetivo General

Conocer si existe relación entre la función sexual y la Inteligencia emocional de la embarazada a término.

3.2 Objetivos Específicos

1. Conocer la Inteligencia emocional de la embarazada a término.

Hipótesis 1: Las embarazadas a término con mayor nivel de estudios tendrán mayor nivel de Claridad.

Hipótesis 2: Las gestantes a término con mayor nivel de reparación tendrán mayor cercanía emocional con su pareja.

Hipótesis 3. Las embarazadas a término primíparas tendrán menor nivel de Reparación.

2. Valorar la función sexual en la mujer embarazada a término.

Hipótesis 1: Las embarazadas a término de entre 26-30 años tendrán mayor frecuencia de relaciones sexuales.

Hipótesis 2: Las embarazadas a término con mayor cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales tendrán mayor frecuencia de orgasmos.

Hipótesis 3: Las embarazadas a término con mayor frecuencia de relaciones sexuales tendrán mayor cercanía emocional con su pareja.

3. Averiguar la relación entre la función sexual y la Inteligencia Emocional de la mujer embarazada a término.

Hipótesis 1: Las gestantes a término con mayor Inteligencia Emocional tendrán una mejor función sexual.

Hipótesis 2: Las gestantes a término con menor nivel de atención tendrán mayor frecuencia de orgasmos.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Hipótesis 3: Las embarazadas a término con mayor claridad tendrán mayor frecuencia de relaciones sexuales.

4. MÉTODO

Es un estudio descriptivo transversal, donde queremos establecer posibles relaciones entre diferentes variables.

4.1 Participantes.

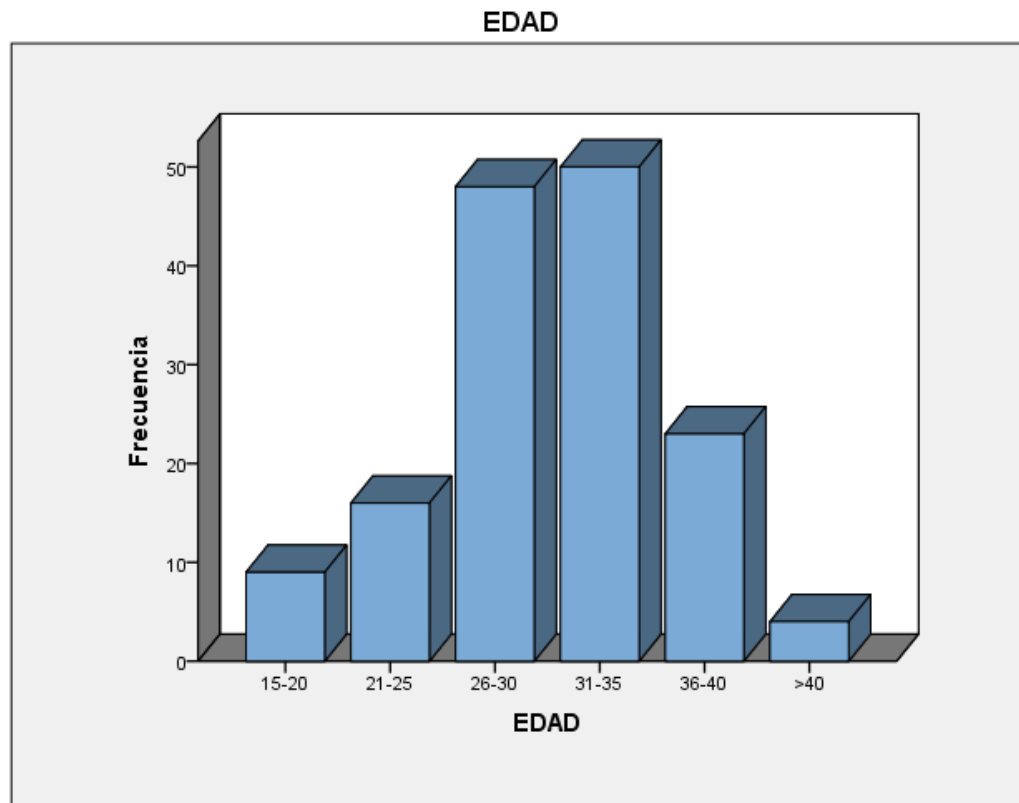
La elección de la muestra de este estudio se obtuvo mediante un diseño aleatorio y está formada por un total de 150 embarazadas a término (mayor o igual a la semana 37) de la provincia de Almería, que no se encuentre en fase activa de parto.

La edad obviamente estará limitada a la edad fértil, ya que hablamos de mujeres embarazadas. El rango se extiende desde los 15 años, hasta que la mujer deje de ser fértil, siendo pues el rango de edad más frecuente el que va desde los 26 a los 35 años (ver tabla 1), desglosados por períodos, obteniendo que un 65.3% de los casos, se encuentra en este rango de edad.

Tabla 1. Análisis descriptivo de la edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15-20	9	6,0	6,0	6,0
21-25	16	10,7	10,7	16,7
26-30	48	32,0	32,0	48,7
Válidos 31-35	50	33,3	33,3	82,0
36-40	23	15,3	15,3	97,3
>40	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

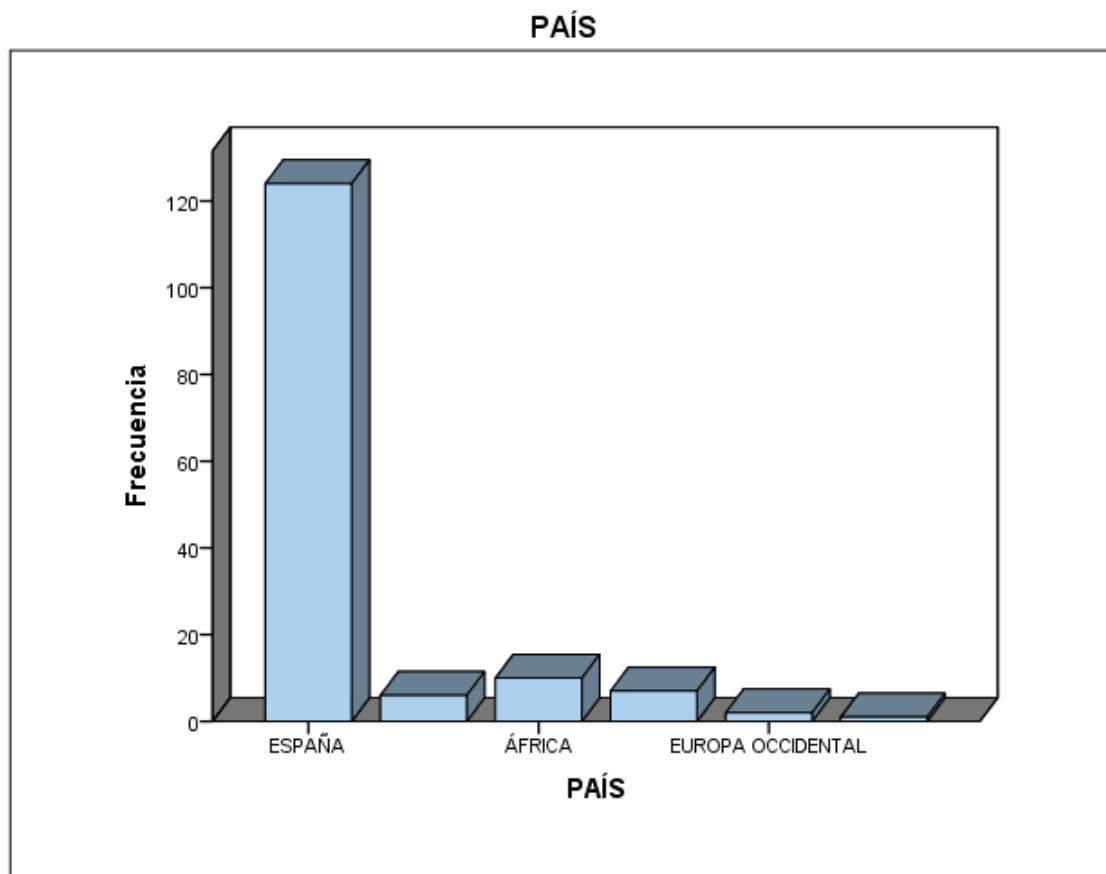


En cuanto al país de origen, el 82.7% de nuestras embarazadas a término son españolas, seguido en frecuencia, con un 10% de la muestra, las embarazadas de origen africano (ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivos del país de origen

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ESPAÑA	124	82,7	82,7	82,7
LATINOAMÉRICA	6	4,0	4,0	86,7
ÁFRICA	10	6,7	6,7	93,3
Válidos EUROPA DEL ESTE	7	4,7	4,7	98,0
EUROPA OCCIDENTAL	2	1,3	1,3	99,3
ASIA	1	,7	,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término



En referencia al número de hijos previos, o lo que es lo mismo, en cuanto a la paridad, podemos destacar que el 54.7% de la muestra es primíparas, el 36% secundípara y el 9.3 múltipara (Ver tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo de la paridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NINGUNO	82	54,7	54,7	54,7
UNO	54	36,0	36,0	90,7
DOS O MÁS	14	9,3	9,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

De nuestra muestra, el 40.7% refiere poseer estudios universitarios, el 34.7% estudios secundarios y el 24.7% tan solo los primarios.

En cuanto a si trabajan o no, el 57.3% de nuestra muestra tiene un trabajo remunerado frente al 42.7% que no lo tiene (Ver tablas 4 y 5).

Tabla 4. Análisis descriptivo del nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIOS	37	24,7	24,7	24,7
	SECUNDARIOS	52	34,7	34,7	59,3
	UNIVERSITARIOS	61	40,7	40,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Tabla 5. Análisis descriptivo de trabajo remunerado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	64	42,7	42,7	42,7
	SI	86	57,3	57,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

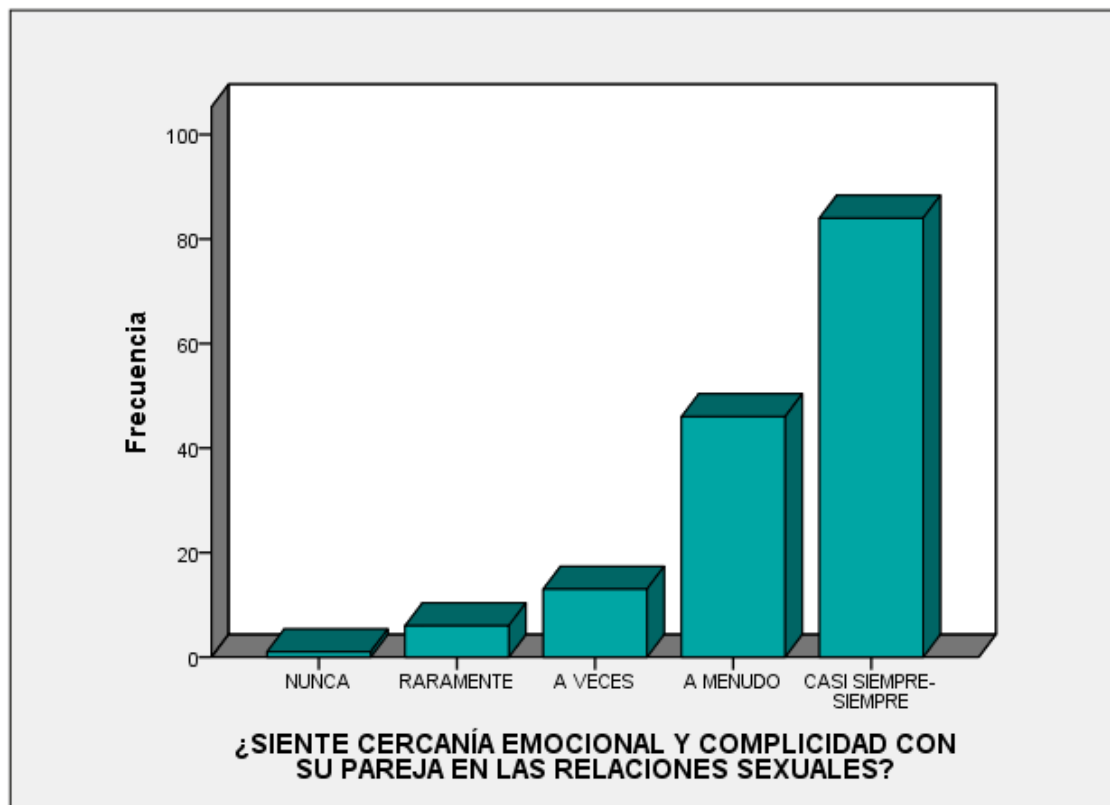
Por otro lado el 56.0% de las mujeres embarazadas a término de nuestra muestra afirman tener casi siempre o siempre cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales (Ver tabla 6).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 6. Análisis descriptivo de la variable ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NUNCA	1	,7	,7	,7
RARAMENTE	6	4,0	4,0	4,7
A VECES	13	8,7	8,7	13,3
Válidos A MENUDO	46	30,7	30,7	44,0
CASI SIEMPRE-SIEMPRE	84	56,0	56,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

¿SIENTE CERCANÍA EMOCIONAL Y COMPLICIDAD CON SU PAREJA EN LAS RELACIONES SEXUALES?



4.2 Variables e Instrumentos

Se utilizarán dos instrumentos para la recogida de datos. Uno de ellos es la *Trait Meta-Mood Scal* (**TMMS**), diseñada por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995) y, al mismo tiempo, ha sido adaptada al castellano por Fernández Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Este instrumento evalúa los aspectos intrapersonales de la IE, en concreto, y según Fernández Berrocal y Extremera (2006), está compuesto por tres dimensiones, tales como *atención a los sentimientos*, se trata del grado en que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos (21 ítems en la versión original y 8 en la edición adaptada al castellano); *claridad emocional*, entendida como la percepción que creen tener las personas sobre sus propias emociones (15 ítems en la versión original y 8 en la adaptación española), y *reparación de las emociones* que alude a la creencia que tiene el sujeto en su capacidad para interrumpir y regular los estados emocionales negativos y prolongar los positivos (12 ítems en la edición original y 8 en la adaptación al castellano). En definitiva, el total de preguntas es 24, se evalúa el grado de acuerdo sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, indicando el valor 1 “un desacuerdo absoluto” y el valor 5 todo lo contrario.

El otro cuestionario a utilizar es el de Función sexual de la mujer (**FSM**), diseñado por Sánchez, Pérez, Borrás, Gómez, Aznar y Caballero (2004) y, actualmente es utilizada y forma parte de los protocolos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía como cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer. Se trata de una escala autoadministrada que consta de 14 ítems, tras una pregunta llave. Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5. Se evalúa el grado de frecuencia sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, indicando el valor 1 “nunca” y el valor 5 todo lo contrario.

A estos dos instrumentos le añadimos 6 variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, país de origen, trabajo remunerado y si convive en pareja) y 3 variables más que hacen alusión a si desea Analgesia Epidural, Paridad y un último ítems que hace referencia a la cercanía emocional y complicidad con la pareja.

4.3 Procedimiento

Para llevar a cabo la recogida de datos se siguió un procedimiento aleatorio en diferentes zonas durante un tiempo aproximado de 20 minutos. Para tal fin, había un investigador presente para la recogida de datos, el cual se encargaba de explicar a los respondientes la forma de responder a los diferentes ítems, y si surgieran, solventar las dudas y aclarar las preguntas que surgieran durante la cumplimentación del instrumento. Le pedimos a cada uno de los sujetos que contestasen, a ser posible, todas las preguntas y que fuesen absolutamente sinceros, insistiendo en que esta prueba se realiza voluntariamente y de forma completamente anónima.

4.4 Análisis de los datos

Una vez finalizada la fase anterior, los datos fueron introducidos en ficheros informáticos y codificados, para proceder, posteriormente, a realizar los análisis estadísticos oportunos a través del programa SPSS (en su versión 20.0 para Windows). Para facilitar la interpretación de los resultados, pasamos a continuación a detallar los análisis efectuados.

Trabajaremos agrupando los ítems de la encuesta de **Inteligencia Emocional** en tres variables (atención, claridad y reparación). Esta encuesta posee una fiabilidad de 0.875 según el análisis de consistencia de Alpha de Cronbach (Ver tabla 7). La variable Atención está conformado por el ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8. La variable Claridad por los ítems 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,16. La variable Reparación por los ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23,24.

Algunos ítems del cuestionario de **Función Sexual** los agrupo, extrayendo del mismo dos dimensiones a valorar, frecuencia de las relaciones sexuales, en el ítem 14 y frecuencia de los orgasmos conseguidos, en el ítems 9 y 10.

Para realizar la fiabilidad interna, debemos inicialmente descartar a todas las embarazadas que en la pregunta llave respondieron que en las últimas 4 semanas no tuvieron ningún tipo de actividad sexual, por lo tanto, se ha realizado con la muestra de mujeres que contestó en esta pregunta llave de forma afirmativa..

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

El cuestionario de Función Sexual presentó una fiabilidad de 0.779 según el análisis de consistencia de Alpha de Cronbach (Ver tabla 8).

Tabla 7: Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.875	24

Tabla 8: Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.779	14

Posteriormente, realizamos un análisis de correlación (Pearson) para poder establecer una posible relación entre las variables de trabajo.

5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivos

Para comenzar con la interpretación de los datos vamos a comenzar exponiendo una serie de gráficas donde agrupamos los ítems recogidos en la encuesta de Inteligencia Emocional (Atención, Claridad y Reparación) y Función Sexual. Pasamos a exponer los datos obtenidos para cada variable (Ver tabla 9 y tabla 10)

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 9: Dimensiones de la Inteligencia Emocional

		INTELIGENCIA	ATENCION	CLARIDAD	REPARACION
N	Válidos	150	150	150	150
	Perdidos	0	0	0	0
Media		3,5925	3,3783	3,6867	3,7125
Desv. típ.		,54493	,82178	,68630	,77378
Asimetría		,038	,020	-,222	-,189
Error típ. de asimetría		,198	,198	,198	,198
Curtosis		-,110	-,540	-,751	-,730
Error típ. de curtosis		,394	,394	,394	,394
Mínimo		2,33	1,38	2,13	2,00
Máximo		5,00	5,00	5,00	5,00

Tabla 10: Dimensiones de la Función Sexual

		FUNCIÓN SEXUAL	Frecuencia de Relaciones Sexuales	Frecuencia de Orgasmos
N	Válidos	91	91	91
	Perdidos	0	0	0
Media		3,1684	1,9341	3,1044
Desv. típ.		,59708	1,23650	1,26604
Asimetría		-,190	1,390	-,060
Error típ. de asimetría		,253	,253	,253
Curtosis		-,315	1,000	-,923
Error típ. de curtosis		,500	,500	,500
Mínimo		1,79	1,00	1,00
Máximo		4,57	5,00	5,00

Podemos observar, en la media de las puntuaciones de cada variable que engloba la Inteligencia Emocional, que dos de ellas se encuentran por encima del punto de corte,

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

siendo pues la claridad y la reparación. Así, la atención contaría con una puntuación media de 3.3783, la claridad con una puntuación de 3.6867 y la reparación con 3.7125. Para la Función Sexual hallamos que las dimensiones extraídas están por debajo del punto de corte, obteniendo la frecuencia de las relaciones sexuales una puntuación media de 1.9341 y la frecuencia de orgasmos un 3.1044.

Desglosando los resultados del análisis de la variable Atención, tenemos que un 7.3% ha respondido con una puntuación de 2.75, otro 7.3% con una puntuación de 3.00, y el 8% con una puntuación de 3.50 (ver tabla 11).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 11. Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Atención.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,38	1	,7	,7	,7
1,50	1	,7	,7	1,3
1,63	2	1,3	1,3	2,7
1,88	2	1,3	1,3	4,0
2,00	1	,7	,7	4,7
2,13	4	2,7	2,7	7,3
2,38	4	2,7	2,7	10,0
2,50	7	4,7	4,7	14,7
2,63	9	6,0	6,0	20,7
2,75	11	7,3	7,3	28,0
2,88	7	4,7	4,7	32,7
3,00	11	7,3	7,3	40,0
3,13	7	4,7	4,7	44,7
3,25	6	4,0	4,0	48,7
3,38	5	3,3	3,3	52,0
3,50	12	8,0	8,0	60,0
3,63	7	4,7	4,7	64,7
3,75	7	4,7	4,7	69,3
3,88	5	3,3	3,3	72,7
4,00	7	4,7	4,7	77,3
4,13	5	3,3	3,3	80,7
4,25	7	4,7	4,7	85,3
4,38	5	3,3	3,3	88,7
4,50	3	2,0	2,0	90,7
4,63	3	2,0	2,0	92,7
4,75	6	4,0	4,0	96,7
5,00	5	3,3	3,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En relación a la variable Claridad, observamos que un 10.0% ha obtenido una puntuación de 4.00 y un 8.7% ha respondido con una puntuación de 3.88 (ver tabla 12).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 12. Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Claridad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,13	1	,7	,7	,7
2,25	2	1,3	1,3	2,0
2,38	2	1,3	1,3	3,3
2,50	2	1,3	1,3	4,7
2,63	6	4,0	4,0	8,7
2,75	11	7,3	7,3	16,0
2,88	5	3,3	3,3	19,3
3,00	5	3,3	3,3	22,7
3,13	4	2,7	2,7	25,3
3,25	5	3,3	3,3	28,7
3,38	8	5,3	5,3	34,0
3,50	8	5,3	5,3	39,3
Válidos 3,63	8	5,3	5,3	44,7
3,75	10	6,7	6,7	51,3
3,88	13	8,7	8,7	60,0
4,00	15	10,0	10,0	70,0
4,13	9	6,0	6,0	76,0
4,25	10	6,7	6,7	82,7
4,38	2	1,3	1,3	84,0
4,50	7	4,7	4,7	88,7
4,63	8	5,3	5,3	94,0
4,75	3	2,0	2,0	96,0
4,88	4	2,7	2,7	98,7
5,00	2	1,3	1,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En el análisis de la variable Reparación, encontramos que un 7.3% de la muestra ha respondido con una puntuación de 3.50, el otro 7.3% con una puntuación de 3.88 y el otro 7.3% con una puntuación de 4.13 (ver tabla 13).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 13. Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Reparación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2,00	2	1,3	1,3	1,3
2,13	1	,7	,7	2,0
2,25	4	2,7	2,7	4,7
2,38	2	1,3	1,3	6,0
2,50	6	4,0	4,0	10,0
2,63	3	2,0	2,0	12,0
2,75	2	1,3	1,3	13,3
2,88	5	3,3	3,3	16,7
3,00	7	4,7	4,7	21,3
3,13	6	4,0	4,0	25,3
3,25	9	6,0	6,0	31,3
3,38	7	4,7	4,7	36,0
3,50	11	7,3	7,3	43,3
3,63	5	3,3	3,3	46,7
3,75	9	6,0	6,0	52,7
3,88	11	7,3	7,3	60,0
4,00	6	4,0	4,0	64,0
4,13	11	7,3	7,3	71,3
4,25	5	3,3	3,3	74,7
4,38	7	4,7	4,7	79,3
4,50	8	5,3	5,3	84,7
4,63	6	4,0	4,0	88,7
4,75	4	2,7	2,7	91,3
4,88	3	2,0	2,0	93,3
5,00	10	6,7	6,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En el análisis de la Inteligencia Emocional como un todo, observamos que un 5.3% de la muestra estudiada ha respondido con una puntuación de 3.46 (Ver tabla 14).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 14 Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Inteligencia Emocional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2,33	2	1,3	1,3	1,3
	2,42	1	,7	,7	2,0
	2,46	2	1,3	1,3	3,3
	2,54	1	,7	,7	4,0
	2,63	2	1,3	1,3	5,3
	2,67	1	,7	,7	6,0
	2,79	1	,7	,7	6,7
	2,83	2	1,3	1,3	8,0
	2,88	5	3,3	3,3	11,3
	2,96	1	,7	,7	12,0
	3,04	4	2,7	2,7	14,7
	3,08	3	2,0	2,0	16,7
	3,13	6	4,0	4,0	20,7
	3,17	6	4,0	4,0	24,7
	3,21	3	2,0	2,0	26,7
	3,25	5	3,3	3,3	30,0
	3,29	3	2,0	2,0	32,0
	3,33	2	1,3	1,3	33,3
	3,38	1	,7	,7	34,0
	3,42	6	4,0	4,0	38,0
	3,46	8	5,3	5,3	43,3
	3,50	4	2,7	2,7	46,0
	3,54	2	1,3	1,3	47,3
	3,58	5	3,3	3,3	50,7
	3,63	3	2,0	2,0	52,7
	3,67	4	2,7	2,7	55,3
	3,71	7	4,7	4,7	60,0
	3,75	4	2,7	2,7	62,7
	3,79	3	2,0	2,0	64,7
	3,83	3	2,0	2,0	66,7
	3,88	7	4,7	4,7	71,3
	3,92	6	4,0	4,0	75,3

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,96	4	2,7	2,7	78,0
4,00	5	3,3	3,3	81,3
4,04	2	1,3	1,3	82,7
4,13	1	,7	,7	83,3
4,17	4	2,7	2,7	86,0
4,21	3	2,0	2,0	88,0
4,25	3	2,0	2,0	90,0
4,29	2	1,3	1,3	91,3
4,33	2	1,3	1,3	92,7
4,46	1	,7	,7	93,3
4,50	2	1,3	1,3	94,7
4,54	2	1,3	1,3	96,0
4,58	2	1,3	1,3	97,3
4,71	1	,7	,7	98,0
4,79	1	,7	,7	98,7
4,96	1	,7	,7	99,3
5,00	1	,7	,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

En el análisis de la variable Función Sexual, nos encontramos que un 5.5% de la muestra presenta una puntuación de 2.79 (ver tabla 15).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 15 Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Función Sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,79	1	1,1	1,1	1,1
1,86	1	1,1	1,1	2,2
2,00	2	2,2	2,2	4,4
2,07	1	1,1	1,1	5,5
2,21	3	3,3	3,3	8,8
2,29	1	1,1	1,1	9,9
2,36	2	2,2	2,2	12,1
2,39	1	1,1	1,1	13,2
2,43	1	1,1	1,1	14,3
2,50	1	1,1	1,1	15,4
2,61	1	1,1	1,1	16,5
2,64	2	2,2	2,2	18,7
2,68	1	1,1	1,1	19,8
2,71	3	3,3	3,3	23,1
2,75	1	1,1	1,1	24,2
2,79	5	5,5	5,5	29,7
2,82	1	1,1	1,1	30,8
2,86	1	1,1	1,1	31,9
2,93	3	3,3	3,3	35,2
3,00	3	3,3	3,3	38,5
3,04	1	1,1	1,1	39,6
3,07	4	4,4	4,4	44,0
3,11	1	1,1	1,1	45,1
3,14	2	2,2	2,2	47,3
3,18	1	1,1	1,1	48,4
3,21	4	4,4	4,4	52,7
3,29	2	2,2	2,2	54,9
3,32	3	3,3	3,3	58,2
3,36	1	1,1	1,1	59,3
3,39	3	3,3	3,3	62,6
3,43	1	1,1	1,1	63,7
3,50	3	3,3	3,3	67,0

Válidos

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

3,54	4	4,4	4,4	71,4
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
3,57	4	4,4	4,4	75,8
3,61	2	2,2	2,2	78,0
3,64	4	4,4	4,4	82,4
3,71	2	2,2	2,2	84,6
3,79	3	3,3	3,3	87,9
3,82	2	2,2	2,2	90,1
3,86	1	1,1	1,1	91,2
3,89	1	1,1	1,1	92,3
4,00	1	1,1	1,1	93,4
4,11	1	1,1	1,1	94,5
4,14	1	1,1	1,1	95,6
4,18	1	1,1	1,1	96,7
4,29	1	1,1	1,1	97,8
4,36	1	1,1	1,1	98,9
4,57	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

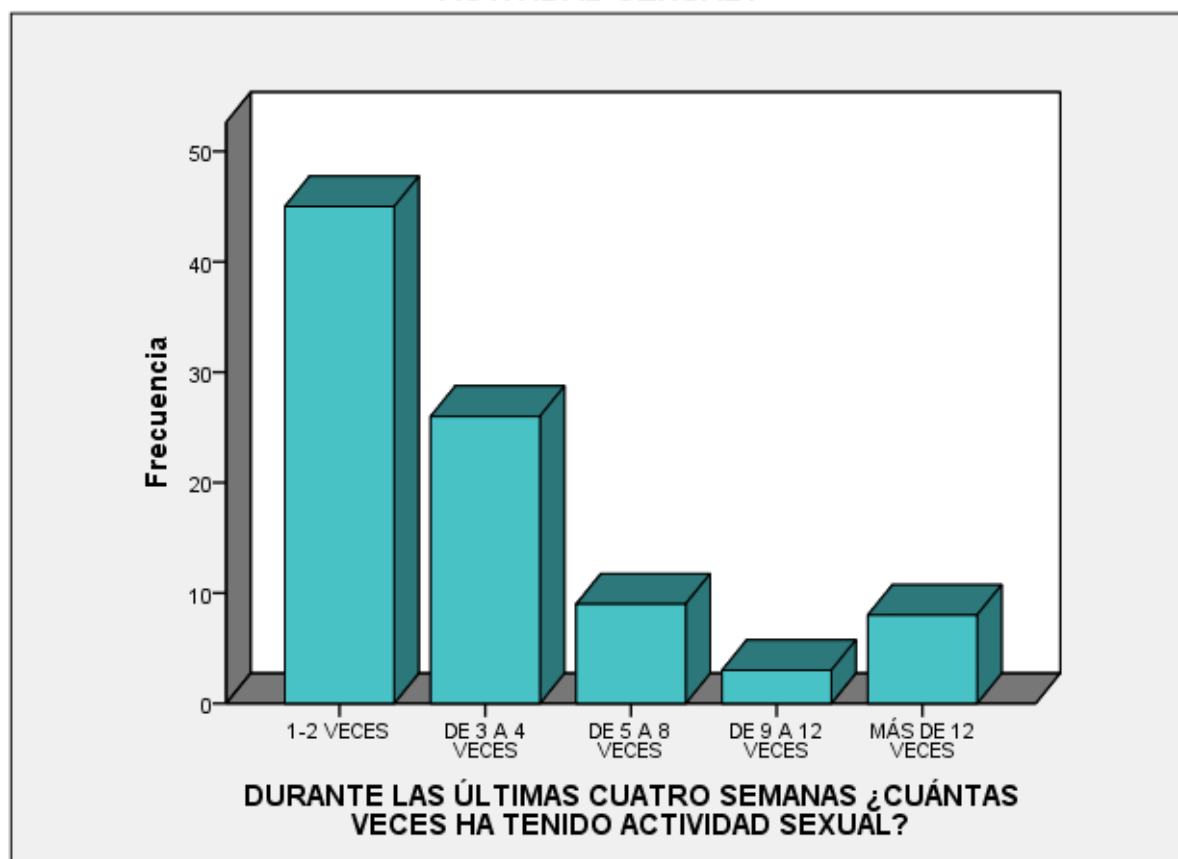
En relación la variable Frecuencia de las relaciones sexuales, observamos que un 49.5% de la muestra ha respondido que han tenido de 1 a 2 veces relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas (ver tabla 16).

Tabla 16 Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Frecuencia de las relaciones Sexuales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-2 VECES	45	49,5	49,5	49,5
DE 3 A 4 VECES	26	28,6	28,6	78,0
DE 5 A 8 VECES	9	9,9	9,9	87,9
DE 9 A 12 VECES	3	3,3	3,3	91,2
MÁS DE 12 VECES	8	8,8	8,8	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL?



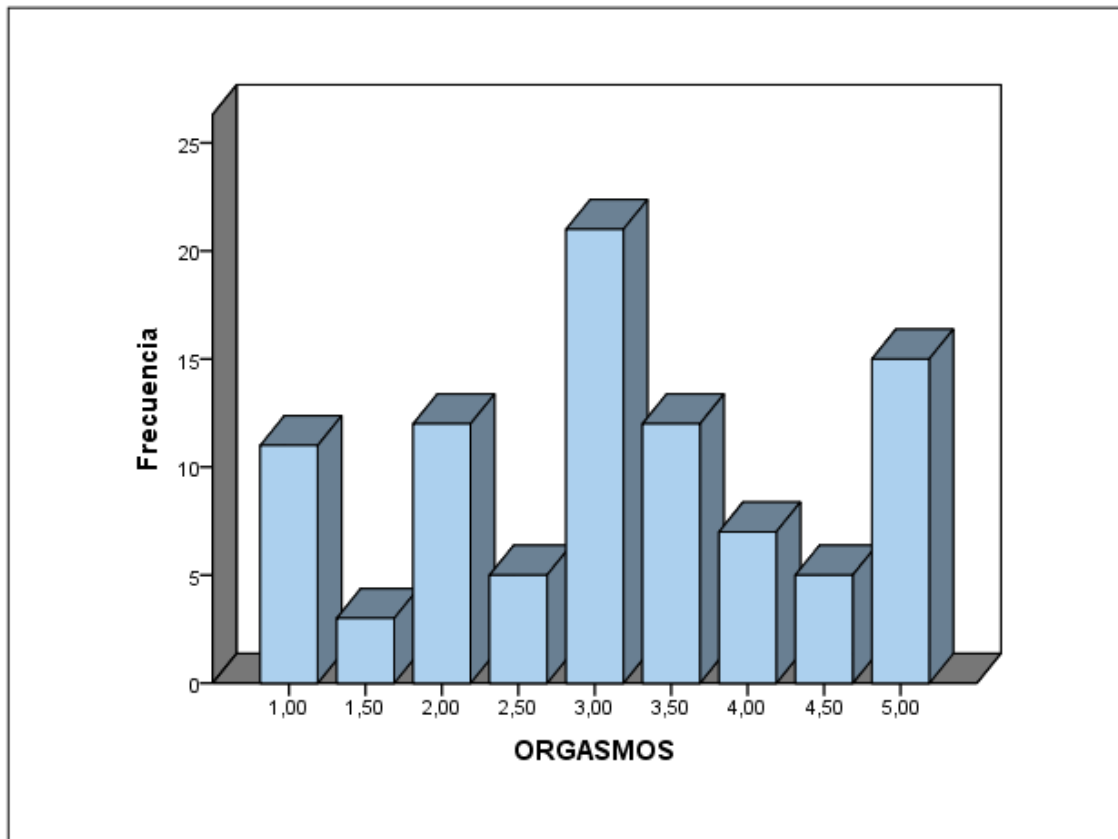
Tras el análisis de la frecuencia de orgasmos descubrimos que el 23.1% de la muestra obtuvo una puntuación de 3.00 (ver tabla 17).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 17 Análisis de frecuencia y porcentaje de la variable Frecuencia de los Orgasmos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,00	11	12,1	12,1	12,1
1,50	3	3,3	3,3	15,4
2,00	12	13,2	13,2	28,6
2,50	5	5,5	5,5	34,1
3,00	21	23,1	23,1	57,1
3,50	12	13,2	13,2	70,3
4,00	7	7,7	7,7	78,0
4,50	5	5,5	5,5	83,5
5,00	15	16,5	16,5	100,0
Total	91	100,0	100,0	

ORGASMOS



5.2 Análisis de correlaciones

Correlaciones en Inteligencia Emocional (Ver tabla 18).

A continuación, pasamos a exponer el análisis de correlación de Pearson para cada una de las variables estudiadas.

Encontramos correlaciones con **dos asteriscos**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral), entre la variable “atención” vs. “claridad” ($r = .289$; $Sig. = .01$) y entre “claridad” vs. “reparación” ($r = .410$; $Sig. = .01$).

Las correlaciones con **un asterisco**, correlación significativa a nivel 0.05 (bilateral), se da entre las variables “país” vs. “Inteligencia Emocional” y entre las variables “país” vs. “atención”, con unos valores de ($r = .162$; $Sig. = .05$) y ($r = .171$; $Sig. = .05$) respectivamente.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 18. Correlaciones de Inteligencia Emocional y dimensiones de ella.

		Edad	Estu- dios	País	Hijos	Siente cercanía emocio- nal?	I. Emo ciona l	Aten- ción	Clari- dad	Repara- ción
EDAD	Correlación de Pearson	1	,394**	-,185*	,219**	-,011	,010	-,096	,107	,028
	Sig. (bilateral)		,000	,024	,007	,892	,905	,243	,194	,736
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
ESTUDIOS	Correlación de Pearson	,394**	1	-,152	-,206*	,010	,004	-,009	,077	-,050
	Sig. (bilateral)	,000		,063	,012	,901	,958	,918	,348	,542
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
PAÍS	Correlación de Pearson	-,185*	-,152	1	-,008	,053	,162*	,171*	,136	,040
	Sig. (bilateral)	,024	,063		,920	,519	,048	,037	,098	,627
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
HIJOS	Correlación de Pearson	,219**	-,206*	-,008	1	-,031	,055	,015	,027	,076
	Sig. (bilateral)	,007	,012	,920		,707	,503	,854	,744	,353
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
¿Siente cercanía emocional..?	Correlación de Pearson	-,011	,010	,053	-,031	1	,155	,118	,151	,068
	Sig. (bilateral)	,892	,901	,519	,707		,059	,152	,066	,407
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Inteligencia	Correlación de Pearson	,010	,004	,162*	,055	,155	1	,686**	,759**	,711**
	Sig. (bilateral)	,905	,958	,048	,503	,059		,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
ATENCIÓN	Correlación de Pearson	-,096	-,009	,171*	,015	,118	,686**	1	,289**	,131
	Sig. (bilateral)	,243	,918	,037	,854	,152	,000		,000	,111
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
CLARIDAD	Correlación de Pearson	,107	,077	,136	,027	,151	,759**	,289**	1	,410**
	Sig. (bilateral)	,194	,348	,098	,744	,066	,000	,000		,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

	Edad	Estudios	País	Hijos	Siente cercanía emocional ?	I. Emocional	Atención	Claridad	Reparación
Correlación de Pearson	,028	-,050	,040	,076	,068	,711**	,131	,410**	1
Sig. (bilateral)	,736	,542	,627	,353	,407	,000	,111	,000	
N	150	150	150	150	150	150	150	150	150

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones en la Función Sexual (Ver tabla 19)

Para ello he escogido únicamente las que en la pregunta llave respondieron que sí habían tenido relaciones sexuales (con o sin coito) en las últimas 4semana.

Entre las variables estudiadas encontramos correlaciones con **dos asteriscos**, o sea, correlaciones significativas a nivel 0.01 (bilateral). Apreciamos que la variable “función sexual” correlaciona con la variable “frecuencia de las relaciones sexuales” ($r = .603$; $Sig. = .01$), con la variable “cercanía emocional” ($r = .414$; $Sig. = .01$) y con la variable “frecuencia de orgasmos” ($r = .619$; $Sig. = .01$).

Por otro lado, observamos con **dos asteriscos**, que la variable “frecuencia de las relaciones sexuales” correlaciona negativamente con la variable “edad” ($r = -.306$; $Sig. = .01$) y positivamente con la variable “cercanía emocional” ($r = .308$; $Sig. = .01$).

También hemos encontrado correlaciones con **un asterisco**, es decir, la correlación es significativa a nivel 0.05 (bilateral) en las siguientes variables; la variable “frecuencia de las relaciones sexuales” correlaciona negativamente con la variable “trabajo remunerado” ($r = -.228$; $Sig. = .05$). Y se ha apreciado que la variable “frecuencia de orgasmos” correlaciona negativamente con la variable “país” ($r = -.247$; $Sig. = .05$) y positivamente con las variables “cercanía emocional” y “frecuencia de las relaciones sexuales” con unos valores de ($r = .236$; $Sig. = .05$) y ($r = .224$; $Sig. = .05$) respectivamente.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 19. Correlaciones de la Función Sexual y dimensiones de ella

		Edad	PAÍS	HIJOS	Trabajo	¿Siente cercanía emocional?	Función Sexual	Frec de Relac Sex.	Orgasmos
EDAD	Correlación de Pearson	1	-,189	,189	,229*	-,048	-,158	-,306**	-,029
	Sig. (bilateral)		,072	,073	,029	,654	,135	,003	,788
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
PAÍS	Correlación de Pearson	-,189	1	-,039	-,162	,028	-,140	,034	-,247*
	Sig. (bilateral)	,072		,712	,126	,791	,186	,749	,018
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
HIJOS	Correlación de Pearson	,189	-,039	1	-,070	-,123	-,141	-,139	,071
	Sig. (bilateral)	,073	,712		,512	,247	,183	,190	,502
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
TRABAJO	Correlación de Pearson	,229*	-,162	-,070	1	,050	-,104	-,228*	-,006
	Sig. (bilateral)	,029	,126	,512		,638	,325	,030	,957
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
¿SIENTE CERCANÍA EMOCIONAL?	Correlación de Pearson	-,048	,028	-,123	,050	1	,414**	,308**	,236*
	Sig. (bilateral)	,654	,791	,247	,638		,000	,003	,024
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
FUNCION SEXUAL	Correlación de Pearson	-,158	-,140	-,141	-,104	,414**	1	,603**	,619**
	Sig. (bilateral)	,135	,186	,183	,325	,000		,000	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
Frecuencia de las Relaciones Sexuales	Correlación de Pearson	-,306**	,034	-,139	-,228*	,308**	,603**	1	,224*
	Sig. (bilateral)	,003	,749	,190	,030	,003	,000		,032
	N	91	91	91	91	91	91	91	91
ORGASMOS	Correlación de Pearson	-,029	-,247*	,071	-,006	,236*	,619**	,224*	1
	Sig. (bilateral)	,788	,018	,502	,957	,024	,000	,032	
	N	91	91	91	91	91	91	91	91

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones entre Inteligencia Emocional y Función sexual (Ver tabla 20).

Hemos observado que existe correlación con **dos asteriscos** entre las variables “claridad” vs. “Función sexual” ($r = .272$; $Sig. = .05$) y con **un asterisco**, es decir, correlaciones significativas a nivel de 0.05 (bilateral) entre las siguientes variables “Inteligencia Emocional” vs. “Función Sexual” ($r = .236$; $Sig. = .05$).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 20. Correlaciones de la Inteligencia Emocional y Función sexual

		Correlaciones						
		INTELI GENCIA	Función Sexual	ATEN CION	CLARI DAD	REPARA CION	Frec Relac Sexuales	ORGAS MOS
INTELIGENCIA	Correlación de Pearson	1	,236*	,710**	,788**	,691**	,160	-,005
	Sig. (bilateral)		,024	,000	,000	,000	,129	,964
	N	91	91	91	91	91	91	91
FUNCIÓN SEXUAL	Correlación de Pearson	,236*	1	,121	,272**	,138	,603**	,619**
	Sig. (bilateral)	,024		,255	,009	,191	,000	,000
	N	91	91	91	91	91	91	91
ATENCION	Correlación de Pearson	,710**	,121	1	,368**	,115	,044	-,067
	Sig. (bilateral)	,000	,255		,000	,277	,675	,530
	N	91	91	91	91	91	91	91
CLARIDAD	Correlación de Pearson	,788**	,272**	,368**	1	,420**	,161	,082
	Sig. (bilateral)	,000	,009	,000		,000	,127	,442
	N	91	91	91	91	91	91	91
REPARACION	Correlación de Pearson	,691**	,138	,115	,420**	1	,156	-,009
	Sig. (bilateral)	,000	,191	,277	,000		,139	,929
	N	91	91	91	91	91	91	91
Frecuencia de las Relaciones Sexuales	Correlación de Pearson	,160	,603**	,044	,161	,156	1	,224*
	Sig. (bilateral)	,129	,000	,675	,127	,139		,032
	N	91	91	91	91	91	91	91
ORGASMOS	Correlación de Pearson	-,005	,619**	-,067	,082	-,009	,224*	1
	Sig. (bilateral)	,964	,000	,530	,442	,929	,032	
	N	91	91	91	91	91	91	91

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

5.3 Análisis de varianza

A continuación, pasamos a exponer el análisis de la ANOVA de un factor cada una de las variables estudiadas.

Comenzamos con la variable Inteligencia Emocional y las dimensiones que derivan de ella, siendo el factor la variable *nivel de estudios*. Encontramos que los datos inter e intragrupos no son significativos (ver tabla 21).

Tabla 21. ANOVA del factor nivel de estudios

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
INTELIGENCIA	Inter-grupos	,484	2	,242	,812	,446
	Intra-grupos	43,762	147	,298		
	Total	44,246	149			
ATENCIÓN	Inter-grupos	1,184	2	,592	,875	,419
	Intra-grupos	99,440	147	,676		
	Total	100,623	149			
CLARIDAD	Inter-grupos	1,360	2	,680	1,453	,237
	Intra-grupos	68,819	147	,468		
	Total	70,180	149			
REPARACION	Inter-grupos	,226	2	,113	,186	,830
	Intra-grupos	88,985	147	,605		
	Total	89,211	149			

Analizamos la *claridad* con el análisis HSD de Tukey, y a pesar de que no era estadísticamente significativa, obteniendo una significación del 0.178 (ver tabla 22).

Tabla 22: Tabla de comparaciones múltiples

	ESTUDIOS	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey ^{a,b}	PRIMARIOS	37	3,5338
	UNIVERSITARIOS	61	3,6967
	SECUNDARIOS	52	3,7837
	Sig.		,178

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

- Usa el tamaño muestral de la media armónica = 47,884.
- Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

A continuación pasamos a analizar la variable Inteligencia Emocional y las dimensiones que se derivan de ella, siendo el factor la variable *cercanía Emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales*. En este caso nos vemos obligadas a eliminar un caso, puesto que hubo un único caso que contestó una de las respuestas, concretamente la de *nunca siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales*, por este motivo nos daba error en el cálculo de la ANOVA de este factor. Tras realizarlo, el resultado no fue significativo (ver tabla 23).

Tabla 23. ANOVA del factor Cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
INTELIGENCIA	Inter-grupos	,716	3	,239	,813	,489
	Intra-grupos	42,587	145	,294		
	Total	43,304	148			
ATENCIÓN	Inter-grupos	1,426	3	,475	,698	,555
	Intra-grupos	98,800	145	,681		
	Total	100,226	148			
CLARIDAD	Inter-grupos	1,908	3	,636	1,374	,253
	Intra-grupos	67,137	145	,463		
	Total	69,045	148			
REPARACIÓN	Inter-grupos	,207	3	,069	,114	,952
	Intra-grupos	87,524	145	,604		
	Total	87,731	148			

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

No realizamos análisis más complejos entre las variables “*cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales*” vs “*reparación*” dado que no hay el nivel de significación en la Anova no es óptimo, siendo pues de 0.952.

Tras analizar la Inteligencia Emocional y las dimensiones que se derivan de ella con el factor *paridad*, observamos que aunque el nivel de significación es superior a 0.05, nos da un valor que vamos a mencionar (ver tabla 24).

Tabla 24. ANOVA del factor Paridad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inteligencia	Inter-grupos	,840	2	,420	1,422	,245
	Intra-grupos	43,406	147	,295		
	Total	44,246	149			
ATENCIÓN	Inter-grupos	,198	2	,099	,145	,865
	Intra-grupos	100,425	147	,683		
	Total	100,623	149			
CLARIDAD	Inter-grupos	2,203	2	1,101	2,382	,096
	Intra-grupos	67,977	147	,462		
	Total	70,180	149			
REPARACIÓN	Inter-grupos	2,687	2	1,344	2,283	,106
	Intra-grupos	86,524	147	,589		
	Total	89,211	149			

Tras realizar el análisis de HSD de Tukey y t de Dunnett y vemos que el nivel de significación para la variable Claridad nos da un valor de 0.093 y 0.058 respectivamente. Y para la variable Reparación un valor de 0.086 para el HSD de Tukey y 0.053 para la t de Dunnett (ver tabla 25).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 25 Tabla de Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) HIJOS	(J) HIJOS	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Claridad	HSD de Tukey	NINGUN O UNO	,15396	,11918	,402	-,1282	,4361
		O DOS O MÁS	-,27461	,19665	,345	-,7402	,1910
		NINGUN O UNO	-,15396	,11918	,402	-,4361	,1282
		DOS O MÁS	-,42857	,20395	,093	-,9115	,0543
	t de Dunnett (bilateral) ^a	NINGUN O UNO	,27461	,19665	,345	-,1910	,7402
		DOS O MÁS	,42857	,20395	,093	-,0543	,9115
		NINGUN O UNO	-,27461	,19665	,235	-,7001	,1509
		DOS O MÁS	-,42857	,20395	,058	-,8698	,0127
Reparación	HSD de Tukey	NINGUN O UNO	,09310	,13445	,768	-,2252	,4114
		O DOS O MÁS	-,39830	,22186	,175	-,9236	,1270
		NINGUN O UNO	-,09310	,13445	,768	-,4114	,2252
		DOS O MÁS	-,49140	,23009	,086	-1,0362	,0534
	t de Dunnett (bilateral) ^a	DOS O MÁS	,39830	,22186	,175	-,1270	,9236
		UNO	,49140	,23009	,086	-,0534	1,0362
		NINGUN O UNO	-,39830	,22186	,112	-,8783	,0817
		DOS O MÁS	-,49140	,23009	,053	-,9892	,0064

a. Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Posteriormente realizamos el mismo análisis para la variable Función Sexual y las dimensiones que derivan de la misma con otras variables sociodemográficas. Para realizarlo utilizamos la matriz de datos creada con las mujeres cuya respuesta en la pregunta llave fue positiva, o lo que es lo mismo, tuvieron actividad sexual en las últimas 4 semanas.

Tras realizar la comparación de la variable Función Sexual y los dominios que se derivan de la misma, utilizando como factor la variable *edad* se observa que $F: 0.061$ para la frecuencia de relaciones sexuales (ver tabla 26). A pesar de no ser estadísticamente significativa vamos a profundizar en su análisis, realizando para lo cual el análisis HSD de Tukey y t de Dunnett, obteniendo pues que no hay significación, pero el dato está muy próximo a serlo (ver tabla 27).

Tabla 26: ANOVA del factor *Edad*.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FUNCION SEXUAL	Inter-grupos	1,624	5	,325	,907	,481
	Intra-grupos	30,460	85	,358		
	Total	32,085	90			
Frecuencia de las Relaciones Sexuales	Inter-grupos	15,795	5	3,159	2,204	,061
	Intra-grupos	121,809	85	1,433		
	Total	137,604	90			
ORGASMOS	Inter-grupos	10,044	5	2,009	1,272	,283
	Intra-grupos	134,214	85	1,579		
	Total	144,258	90			

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 27. **Tabla de comparaciones múltiples.** Variable dependiente: DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS ¿CUÁNTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL?

	(I) EDAD	(J) EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	15-20	21-25	,13333	,63721	1,000	-1,7246	1,9913
		26-30	,83448	,57968	,703	-,8557	2,5247
		31-35	1,10000	,57825	,408	-,5860	2,7860
		36-40	1,41538	,62996	,228	-,4214	3,2522
		>40	,80000	1,00157	,967	-2,1203	3,7203
	21-25	15-20	-,13333	,63721	1,000	-1,9913	1,7246
		26-30	,70115	,41090	,531	-,4969	1,8992
		31-35	,96667	,40889	,181	-,2255	2,1589
		36-40	1,28205	,47922	,091	-,1152	2,6793
		>40	,66667	,91430	,978	-1,9992	3,3325
	26-30	15-20	-,83448	,57968	,703	-2,5247	,8557
		21-25	-,70115	,41090	,531	-1,8992	,4969
		31-35	,26552	,31174	,957	-,6434	1,1745
		36-40	,58090	,39956	,694	-,5841	1,7459
		>40	-,03448	,87518	1,000	-2,5863	2,5173
	31-35	15-20	-1,10000	,57825	,408	-2,7860	,5860
		21-25	-,96667	,40889	,181	-2,1589	,2255
		26-30	-,26552	,31174	,957	-1,1745	,6434
		36-40	,31538	,39750	,968	-,8436	1,4744
		>40	-,30000	,87424	,999	-2,8491	2,2491
	36-40	15-20	-1,41538	,62996	,228	-3,2522	,4214
		21-25	-1,28205	,47922	,091	-2,6793	,1152
		26-30	-,58090	,39956	,694	-1,7459	,5841
		31-35	-,31538	,39750	,968	-1,4744	,8436
		>40	-,61538	,90926	,984	-3,2666	2,0358
	>40	15-20	-,80000	1,00157	,967	-3,7203	2,1203
		21-25	-,66667	,91430	,978	-3,3325	1,9992
		26-30	,03448	,87518	1,000	-2,5173	2,5863

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

t de Dunnett (bilateral) ^a	31-35		,30000	,87424	,999	-2,2491	2,8491
	36-40		,61538	,90926	,984	-2,0358	3,2666
	(I)	(J)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
	EDAD	EDAD				Límite inferior	Límite superior
	21-25	>40	,66667	,91430	,752	-1,4852	2,8185
	26-30	>40	-,03448	,87518	1,000	-2,0942	2,0253
	31-35	>40	-,30000	,87424	,974	-2,3575	1,7575
	36-40	>40	-,61538	,90926	,790	-2,7553	1,5246

a. Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos.

Analizamos la variable orgasmo para el factor *Cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales*. Para realizarlo debemos eliminar dos casos de nuestra matriz de datos, ya que en ambos la frecuencia de aparición era de uno. Pues bien, encontramos que los resultados son estadísticamente significativos, ya que la $F = .050$ (Ver tabla 28).

Tabla 28: ANOVA del factor Cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales

ORGASMOS

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	9,307	2	4,653	3,113	.050
Intra-grupos	128,570	86	1,495		
Total	137,876	88			

Posteriormente realizamos el análisis de comparaciones múltiples, HSD de Tukey y t de Dunnett, obteniendo pues datos significativos, 0.044 y 0.033 respectivamente.

Los datos apuntan a que las embarazadas a término que sienten *a veces* cercanía emocional en su relación de pareja presentan menor frecuencia de orgasmos con

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

respecto a las embarazadas a término que refieren sentir *siempre o casi siempre* cercanía emocional con su pareja (Ver tabla 29).

Tabla 29: Comparaciones múltiples

Variable dependiente: ORGASMOS

	(I) ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?	(J) ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	A VECES	A MENUDO	-,89732	,55408	,243	-2,2188	,4241
		Casi siempre-Siempre	-1,18615*	,48603	,044	-2,3453	-,0270
	A MENUDO	A VECES	,89732	,55408	,243	-,4241	2,2188
		Casi siempre-Siempre	-,28883	,34072	,675	-1,1014	,5238
	CASI SIEMPRE-SIEMPRE	A VECES	1,18615*	,48603	,044	,0270	2,3453
		A MENUDO	,28883	,34072	,675	-,5238	1,1014
t de Dunnett (bilateral) ^b	A VECES	Casi siempre-Siempre	-1,18615*	,48603	,033	-2,2911	-,0812
	A MENUDO	Casi siempre-Siempre	-,28883	,34072	,635	-1,0634	,4858

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

b. Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos.

Y, por último, realizamos el análisis de la variable *frecuencia de las relaciones sexuales*, utilizando para ello como factor la *cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales*. Al igual que en el anterior, nos vemos obligados a eliminar dos casos de la matriz de datos, por ser la frecuencia de uno. El resultado obtenido nos da un valor significativo, siendo de 0.015 (Ver tabla30).

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Tabla 30. ANOVA del factor: cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	12,654	2	6,327	4,418	,015
Intra-grupos	123,167	86	1,432		
Total	135,820	88			

Realizamos el análisis de comparaciones múltiples, siendo el HSD de Tukey un valor significativo, $F = .042$ y la t de Dunnett de 0.032 (ver tabla 31), observando pues que las embarazadas a término que presentan *siempre o casi siempre* cercanía emocional y complicidad emocional con su pareja en las relaciones sexuales tienen mayor frecuencia de relaciones sexuales respecto a las que *a veces* sienten cercanía emocional y complicidad con su pareja.

Tabla 31. Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Durante las últimas cuatro semanas ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?

	(I) ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?	(J) ¿Siente cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales?	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
HSD de Tukey	A VECES	A MENUDO	-,50000	,54232	,628	-1,7934	,7934
		Casi siempre-Siempre	-1,16667*	,47571	,042	-2,3012	-,0321
	A MENUDO	A VECES	,50000	,54232	,628	-,7934	1,7934
		Casi siempre-siempre	-,66667	,33348	,119	-1,4620	,1287
	Casi siempre-Siempre	A VECES	1,16667*	,47571	,042	,0321	2,3012
		A MENUDO	,66667	,33348	,119	-,1287	1,4620
t de Dunnett (bilateral) ^b	A VECES	Casi siempre-siempre	-1,16667*	,47571	,032	-2,2481	-,0852
	A MENUDO	Casi siempre-siempre	-,66667	,33348	,094	-1,4248	,0915

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

b. Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos.

6. CONCLUSIONES

A lo largo de este estudio hemos analizado la inteligencia emocional y la función sexual en una muestra representativa de embarazadas a término. A continuación, después de la presentación detallada de los resultados, mostraremos en primer lugar el contraste de las hipótesis planteadas en nuestros objetivos, con los resultados obtenidos. Seguidamente, anotaremos las limitaciones encontradas en la realización de este estudio, y, por último, comentaremos cuáles son nuestras líneas para continuar este trabajo en el futuro.

Del primer objetivo específico, “Conocer la Inteligencia emocional de la embarazada a término”, extrajimos tres hipótesis, siendo pues la primera: **“Las embarazadas a término con mayor nivel de estudios tendrán mayor nivel de Claridad”**. Observamos que esta hipótesis *no se cumple*, pues según nuestros análisis de correlación de Pearson no hay correlación entre estas dos variables y tras la ANOVA de un factor valoramos que los datos no son estadísticamente significativos.

Efectivamente, los resultados corroboran la propia definición de inteligencia emocional, ya que es una habilidad, y por tanto adquirida, que nada tiene que ver con el coeficiente intelectual ni el nivel estudios, dado que tal y como dice Fernández Berrocal y Ramos Días, 2001, *“en el mundo del trabajo es muy probable que nuestro coeficiente intelectual determine a qué tipo de profesión podemos optar (¿qué coeficiente intelectual mínimo se necesita para estudiar arquitectura?), pero el éxito en nuestra profesión va a depender de nuestra Inteligencia Emocional* (Fernández Berrocal y Ramos Días, 2001, p.22). La segunda hipótesis, **“Las gestantes a término con mayor nivel de reparación tendrán mayor cercanía emocional con su pareja”**, *no se cumple*, pues no encontramos correlación ni ANOVA de un factor cuyo resultado sea significativo. La tercera hipótesis, **“Las embarazadas a término primíparas tendrán menor nivel de Reparación”**, tampoco se cumple, pues tras el análisis de correlación de Pearson, las variables no se correlacionan. Sin embargo, tras realizar la Anova de un factor, observamos que a pesar de no ser significativo, el dato obtenido está muy próximo a serlo, puesto que el nivel de significación para la claridad es de 0.096 y para la reparación de 0.106. Observamos con más minuciosidad estos datos, y observamos

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

que tras realizar la prueba HBS de Tukey, las embarazadas secundíparas obtenían un valor negativo respecto de las múltiparas y en el análisis t de Dunnett un valor de 0.058. Con lo cual podemos deducir que los datos podrían apuntar a que las múltiparas tienen mayor nivel de claridad, a pesar de que no sea estadísticamente significativo. Los estudios encontrados en relación a esto nos vienen a decir que *“los mamíferos se caracterizan por la función de evaluar constantemente el entorno (...), las criaturass biológicamente más avanzadas e inteligentes, realizan evaluaciones más refinadas y sutiles(...) que les permiten responder (...) elaborar estrategias que le ayuden a enfrentarse a las situaciones, así como anticiparse a las condiciones futuras”* (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 2001, p.63); Por lo tanto, podemos intuir que cuantas más veces la embarazada haya pasado por esa situación, más rápidamente se adaptará y responderá ante la situación,

La única variable que correlaciona con la Inteligencia emocional y con la atención, es la variable país de origen. Según la literatura consultada, las respuestas dadas por los individuos están determinadas por la cultura, ya que los mecanismos de sensibilidad afectiva están modulados por acontecimientos que en nuestros antepasados fueron significativos. Es decir, *“cada cultura tiene normas y reglas sobre cómo y cuándo se deben controlar las emociones, o bien expresarlas libremente”* (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 2001, p.64).

Del segundo objetivo específico, “Valorar la función sexual en la mujer embarazada a término”, obtuvimos tres hipótesis más, siendo la primera *“Las embarazadas a término de entre 26-30 años tendrán mayor frecuencia de relaciones sexuales”*. Ambas variables se correlacionan de forma positiva, pero tras realizar la Anova de un factor, el resultado no es significativo por muy poco, ya que obtenemos que el nivel de significación es de 0.061. Ahondando más en este dato, realizamos las comparaciones múltiples, para perfilar aún más el dato, tras el cual podemos entrever que las embarazadas de entre 21-25 años tienen mayor frecuencia sexual que las de entre 36-40 años, a pesar de que el dato no es estadísticamente significativo. La segunda hipótesis, *“Las embarazadas a término con mayor cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales tendrán mayor frecuencia de orgasmos”,* sí se

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

cumple, puesto que se correlacionan de forma positiva; y más aún, la ANOVA refleja con un valor significativo, que efectivamente las embarazadas a término que sienten *a veces* cercanía emocional en su relación de pareja presentan menor frecuencia de orgasmos con respecto a las embarazadas a término que refieren sentir *siempre o casi siempre* cercanía emocional con su pareja. Y de la tercera hipótesis, ***“Las embarazadas a término con mayor frecuencia de relaciones sexuales tendrán mayor cercanía emocional con su pareja”***, decir que *sí se cumple*, dado que la frecuencia de relaciones sexuales se correlaciona positivamente con el grado de cercanía emocional y complicidad con la pareja en las relaciones sexuales. Depurando más este dato, realizamos la ANOVA de un factor, obteniendo un nivel de significación entre ambas variables de 0.015, y es que en el análisis de comparaciones múltiples, observamos que el resultado va en sintonía de la anterior, puesto que las embarazadas a término que sienten *a veces* cercanía emocional en su relación de pareja presentan menor frecuencia de relaciones sexuales con respecto a las embarazadas a término que refieren sentir *siempre o casi siempre* cercanía emocional con su pareja.

Pero aún más, la función sexual de las embarazadas a término presenta un dato estadísticamente significativo con respecto a la cercanía emocional y complicidad con la pareja en las relaciones sexuales.

Además encontramos que el país de origen se correlaciona con la frecuencia de orgasmos conseguidos y que el tipo de trabajo se relaciona con la frecuencia de relaciones sexuales.

Del tercer objetivo específico, “Averiguar la relación entre la función sexual y la Inteligencia Emocional de la mujer embarazada a término”, extrajimos tres hipótesis, siendo la primera ***“Las gestantes a término con mayor Inteligencia Emocional tendrán una mejor función sexual”***, que se correlacionan de forma positiva, con lo cual, podemos afirmar que esta hipótesis *sí se cumple*. La segunda hipótesis, ***“Las gestantes a término con menor nivel de atención tendrán mayor frecuencia de orgasmos”***, *no se cumple*. Y para finalizar, comentar que la tercera hipótesis, ***“Las embarazadas a término con mayor claridad tendrán mayor frecuencia de relaciones***

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

sexuales”, no se cumple, sin embargo tras realizar la Correlación de Pearson, hemos observado que la dimensión claridad se correlaciona de forma positiva con la función sexual.

Y es que las ciencias médicas no han facilitado una buena comprensión de la psicología de la mujer que está de parto. *La sensación dolorosa a lo largo del parto va a depender en gran medida, de la situación psíquica y emocional, representando en cierta medida un menosprecio a la personalidad de la parturienta, el uso indiscriminado de medicamentos en la lucha contra el dolor de parto* (Becerro de Bengoa Callau, 1993, pp. 15-16).

La Inteligencia emocional tiene un papel prioritario en el ajuste psicológico (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 1999). Como algunas investigaciones han revelado, las personas con mayor inteligencia emocional se caracterizan por experimentar menos estados psicológicos de naturaleza negativa (depresión, ansiedad) y para adaptarse mejor al medio (bienestar personal). Algunos autores consideran que las intrusiones, como mecanismo explicativo del ajuste psicológico (mecanismo que explica el origen y mantenimiento del desajuste emocional) no es el único a considerar. Estableciendo pues que la reparación emocional, tiene un papel importante en el ajuste psicológico de los individuos y que en la Inteligencia Emocional podemos encontrar un factor prioritario que da cuenta de las intrusiones experimentadas por los individuos, así como del mantenimiento de las mismas. (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 2002).

De este modo, vemos cómo la Inteligencia Emocional tiene un efecto directo en el ajuste psicológico e indirecto a través de su acción sobre las intrusiones experimentadas. Por tanto, un adecuado desarrollo de la inteligencia emocional puede garantizar una existencia más libre de alteraciones de tipo psicológico y un mayor bienestar a las personas que lo poseen (Nolen Hoekseman, 2000).

Una adecuada adaptación a situaciones vitales de naturaleza estresante requiere de los individuos la suficiente inteligencia emocional para lograr disminuir la intensidad de las emociones generadas por acontecimientos estresantes y de la suficiente inteligencia para

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

saber analizar y reflexionar sobre los pensamientos experimentados a fin de dotarlos de sentido y poder integrarlos debidamente en su sistema cognitivo.

Por todo ello, creemos que la inteligencia y la habilidad de las personas para identificar, clarificar y regular estados emocionales es una clave importante para descubrir el camino hacia una vida más sana y feliz (Fernández Berrocal y Ramos Díaz, 2002).

Sin embargo, tras estudiar la Inteligencia emocional en la embarazada a término, hemos valorado que no es una habilidad con la cual se la haya podido relacionar con la paridad, la edad, el nivel de estudios etc..., pero sí hemos observado que se correlaciona con el País de origen, tanto la Inteligencia Emocional en general, como la atención.

La cercanía emocional y complicidad con la pareja en las relaciones sexuales ha resultado ser una variable que influye significativamente tanto en la función sexual total, como en la frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia de orgasmos conseguidos. El dato obtenido en la función sexual ha sido el más significativo, siendo pues de 0.001, es por ello que también se realizó la HSD de Tukey y la t de Dunnett, obteniendo unos valores de 0.001 y de 0.000 respectivamente, al comparar las mujeres a término que *a veces* sienten cercanía emocional y complicidad con su pareja en las relaciones sexuales con respecto a las que contestaron que *siempre o casi siempre*.

Cuando iniciamos este trabajo nos propusimos no solamente valorar la inteligencia emocional y función sexual de las embarazadas a término, sino también si existía relación entre dichas variables. Y efectivamente, tras nuestros análisis, hemos podido valorar que la inteligencia emocional se correlaciona de forma positiva con la función sexual, y más aún, se especifica que la dimensión claridad también correlaciones con la misma.

Y, por último, nos gustaría resaltar la riqueza de resultados encontrados, ya no en la línea de trabajo realizada en el presente trabajo, sino en el diagnóstico de posibles disfunciones sexuales, ya que el cuestionario de la función sexual femenina valora la respuesta sexual, aspectos relacionados con la actividad sexual y la satisfacción sexual.

Limitaciones del estudio

Las limitaciones más importantes que “a priori” consideramos que existen derivan del cuestionario de Función Sexual en la mujer, ya que hace alusión a las últimas 4 semanas, con lo cual, a pesar de que en el embarazo se produce un incremento de la formación de receptores de oxitocina en el útero, no creemos que sea un tiempo lo suficientemente amplio, como para poder establecer los posibles beneficios de este en el momento del parto, ya que las fuentes bibliográficas hacen referencia a toda una vida de sexualidad activa, no a un período tan delimitado y tan corto. Además, consideramos que algunas preguntas del cuestionario Función sexual de la mujer parecen ser ambiguas, por lo que se recomienda mejorar el diseño de la herramienta.

La segunda limitación va en la línea de la anterior, y es que en todos los estudios analizados, en el tercer trimestre se produce una disminución de la frecuencia sexual, lo que no implica que su vida sexual fuese así de escasa, sino que es producto del embarazo y de las molestias que ésta produce. Además esto nos repercute de manera directa al relacionar la inteligencia emocional con la función sexual, ya que de nuestra muestra, que eran 150, tan sólo pudimos utilizar 91 de ellas, que fueron las que contestaron el cuestionario de función sexual, puesto que en la pregunta llave, contestaron que sí habían mantenido actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

La tercera limitación viene como consecuencia de un punto por donde se escapa una considerable parte de la muestra, y es debido a que muchas gestantes se ponen de parto antes de llegar a la semana 37 (ya que a partir de la semana 35, si una mujer se pone de parto, no se intenta frenar, puesto que se considera que el feto tiene los órganos maduros).

La cuarta limitación encontrada es la poca homogeneidad de la muestra, ya que la inmensa mayoría son españolas, concretamente el 82.7%, lo que es importante tenerlo en cuenta a la hora de valorar los resultados. Es curioso cómo la cercanía emocional y complicidad con la pareja en las relaciones sexuales influye siempre en el mismo sentido, es decir, las embarazadas a término que sienten “a veces” cercanía emocional tienen menor frecuencia de relaciones sexuales y de orgasmos que las que lo sienten

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

“siempre o casi siempre”. Esto sea quizás debido a la ya comentada poca homogeneidad de los datos, ya que un 74% de las embarazadas contestaron siempre o casi siempre, frente al 7% que contestó que tan solo a veces siente cercanía emocional y complicidad con la pareja en las relaciones sexuales.

La última limitación la encontramos en la escasez de fuentes bibliográficas científicas, ya que no existen a penas trabajos donde se estudie la inteligencia emocional en embarazadas, o la sexualidad de este período.

Propuesta de futuro

Sería conveniente ampliar la muestra de embarazadas a término, llevándolo a cabo de manera transcultural, para así poder comprobar que el país de origen influye en la Inteligencia emocional y atención. En este estudio traducimos el cuestionario al francés, para que a las embarazadas de origen árabe que le costaran leer castellano, tuvieran opción a realizarlo y así evitar perder muestra por motivos de idioma.

Otra propuesta de futuro que planteo es elaborar y validar un cuestionario de Función Sexual en la mujer embarazada, en el que se amplíe el período, puesto que las últimas 4 semanas, consideramos que es un tiempo de observación insuficiente para llegar a una conclusión fiable, por las características especiales que se dan en el embarazo. O bien que se pase el cuestionario en cada trimestre del embarazo, así, en el último trimestre, a pesar de que la frecuencia de relaciones sexuales disminuya, pudiéramos sacar datos reales de la función sexual de esa gestante durante sus 9 meses de embarazo previos.

También consideramos que sería muy enriquecedor ampliar este trabajo, y realizar un seguimiento de dichas gestantes, que consistiría en descubrir el tipo de parto que experimentaron, para posteriormente analizarlo y establecer, si así lo fuera, correlaciones entre Inteligencia emocional, función sexual y tipo de parto. De hecho, la línea de futuro que plantea la Guía Práctica de atención al parto normal lleva este rumbo, puesto que considera importante realizar nuevas investigaciones que permitan establecer la influencia del estado de ánimo de la mujer, su sensación de seguridad y

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

confianza, sobre los resultados durante el parto y los factores que garanticen el bienestar emocional y psicológico materno (MSC, 2010, p.263-264).

Y es que según algunos autores “*el orgasmo en el parto es un hecho corriente, y no insólito ni raro en la naturaleza de la mujer*” (Merelo-Barberá, 1980, p.22). Siendo pues “*el orgasmo, un invento evolutivo para accionar el dispositivo de apertura del útero*” (Rodrigañez Bustos, 2002, p.199)

El parto con dolor no es consustancial a la condición de la hembra humana, sino que el parto duele porque los músculos uterinos de las mujeres que crecen con el útero inmovilizado, no desarrollan la capacidad de distensión y la fuerza que debieran tener, porque al igual que otros músculos, si no se usan, se atrofian y se agarrotan, lo que traducido al parto, lo dificulta. Es por ello, que consideramos de especial utilidad ampliar este trabajo, para así comprobar si realmente los orgasmos, frecuencia de relaciones sexuales e inteligencia emocional tienen relación con el tipo y parto, ya que de ser así, las administraciones sanitarias ahorrarían recursos y disminuiría radicalmente la morbilidad materna.

Otra proposición que lanzamos va enfocada al puerperio. Se podría analizar el comportamiento de la embarazada en el puerperio, período en el que por el declive hormonal y se inicia el cambio de rol en el día a día de la nueva madre, por tanto, sería interesante valorar si en esta nueva etapa de la vida de la mujer, la reparación y la claridad emocional tienen algún efecto o mejor dicho, valorar si esta habilidad tiene alguna aplicabilidad en el puerperio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L., Parrilla, J.J., Abad de Velasco, L. y Bonilla-Musoles, F. (2007). *Fisiología del parto*. En F. Bonilla-Musoles y A. Pellicer (Eds.), *Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básica* (118-139). Madrid: Editorial Panamericana.
- Acién-Álvarez, P. (1998). *Tratado de Obstetricia y Ginecología, Obstetricia*. Alicante: Editorial Molloy.
- Arrington, R., Cofrancesco, J. y Wu, A. W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 13(10), 1643-1658.
- Becerro de Bengoa Callau, C. (1993). *Educación maternal y beta-endorfinas en plasma materno durante el parto*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/tesis/19911996/D/0/AD0085601.pdf>
- Bonilla Musoles, F. y Pellicer, A. (2007). *Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Carroli G y Mignini, L (2009). Episiotomía en el parto vaginal. Cochrane Database of systematic Reviews, 1. Consultado el 11 de Febrero 2013 en <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201018879&DocumentID=CD000081>.
- Cuevas, A.M., Rodríguez, M.P y Carrillo, G. (2006). La sexualidad en mujeres embarazadas: una revisión. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 26, 37-52.
- Dawda, D. y Hart, S.D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

- Esteve Zarazaga, R. y Ramírez Maestre, C. (2002). *Emociones y Dolor*. En Pablo Fernández Berrocal y Natalia Ramos Díaz (Eds.). *Corazones Inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Fabre E. (1993). *Manual de asistencia al embarazo normal*. Zaragoza, España: Ebrolibro.
- Fernández Berrocal, P., Ramos, N. y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández Berrocal, P. y Ramos Díaz, N. (2002). *Corazones Inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Fernández Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004): Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández Berrocal, P. y Extremera, L. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12, 2-3, 139-153.
- Frohlich P. y Meston C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research*, 39, 321-325.
- González-Merlo. (1992) *Obstetricia*. (4ª edición). Barcelona, España: Masson.
- González Labrador, I. y Miyar Pieiga, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17, (5) [citado 2013-02-25], pp. 497-501. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500015&lng=es&nrm=iso. ISSN 1561-3038.
- Gadner, H.L. (1983). *Frames of mind: The theory of multiples intelligences*. New York: Basic Books.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

- Giménez De La Peña, A. (2002). *La comunicación. Más allá de las palabras*. En Pablo Fernández Berrocal y Natalia Ramos Díaz (Eds.), *Corazones Inteligentes* (pp.197-218). Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Perspectives on a theory of performance. En C. Cherniss y D. Goleman (Eds.). *The emotionally intelligent Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Disponible:http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FDocumentacion_Estrategias_Ministerio_Sanidad%2FGuia_Practica_Clinica_Parto_Normal.pdf.
- Grupo de Trabajo sobre Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.(1995) *Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal*. Fabre E (ed.). INO Reproducciones. Zaragoza.
- Hernández Garre, JM. (2009). *La deshumanización de la maternidad*. Murcia: Diego Marín, SL.
- Instituto de Información Sanitarias. (2006). *Altas atendidas en Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud Año 2006 (Informe Resumen): cifras de referencia nacional de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), Resultados para el año 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Formación Sanitaria. Recuperado el 3 febrero de 2013, de

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/Resumen_Atlas_y_Norma_GRD_2006.pdf.

Instituto nacional de estadística (1975-2006). *Indicadores Demográficos Básicos. Datos Europeos. Natalidad y fecundidad. Nacidos por países, período y estado civil de la madre*. Recuperado el 5 de Marzo de 2013, de:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p318/e01/0&file-03004.px&type-pcaxis>.

Kitzinger, S. (1982). *Embarazo y nacimiento. La guía más completa y autorizada sobre el embarazo, el parto y la primera época de la maternidad*. Madrid: Interamericana McGraw Hill.

Kolodny R, Master, W. y Johnson E. (1985) *Tratado de Medicina Sexual*. La Habana: Instituto Cubano del Libro.

Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del sol, 380-381.

López Sánchez, F. (2002). *La comunicación. Cómo convivir en pareja sin perecer en el intento*. En Pablo Fernández Berrocal y Natalia Ramos Díaz (Eds.), *Corazones Inteligentes* (pp.315-338). Barcelona: Kairós.

Lucas Matheo, M.(2009). *Sed de piel. ¿Feminizar el futuro?* Madrid, España: Psimática.

Lucas Matheo, M y Cabello Santamaría (2007). *Introducción a la Sexología Clínica*. Madrid: Elsevier España.

Maceira Rozas, MC., Salgado Barreira, A. y Atienza Merina, G. (2009). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t N°. 2007 / 03*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FDocumentacion_Estrategias_Ministerio_Sanidad%2FAsistencia_al_parto_de_las_mujeres_sanas.pdf

Masters, W. y Johnson, V. (1972). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.

Mead, M. (1971). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona: Laia.

Mereló Barbera, J. (1980). *Parirás con placer*. Barcelona: Kairós.

Menéndez, E (2005). “Intencionalidad, experiencia y función: La articulación de los saberes médicos”. *Antropología Social*, 14.

Mézcua Navarro, S.(2006). *Tomo I Manual CTO de Enfermería 4º Edición*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Observatorio de Salud de mujer y del Sistema Nacional de Salud Nacional de Salud*; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 03 de febrero de 2013, de www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/atenciónParto/estrategiaPartoEnero2008.pdf.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Disponible en: http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FDocumentacion_Estrategias_Ministerio_Sanidad%2FMaternidad_Hospitalaria.pdf

Ministerio de sanidad y Política Social. (2010). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Disponible en http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FDocumentacion_Estrategias_Ministerio_Sanidad%2FEstrategia_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf

Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad (2011). *IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Disponible en

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

http://www.perinatalandalucia.es/file.php?file=%2F14%2FDocumentacion_Estrategias_Ministerio_Sanidad%2FIHAN.pdf

Molero Moreno, C., Saiz Vicente, E. y Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del concepto de Inteligencia: Una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de Psicología*, 30(1), pp. 11-30.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth*. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/i/4573/144/guia-nice-en-la-atencion-intraparto>.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T., Boykin, A., Brody, N., Ceci, S., Halpern, D., Loehlin, J., Perloff, R., Sternberg, R. y Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and Unknowns. *American Psychologist*, 51, 2, 77-101.

Nolen Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 304-311.

Organización Mundial de la Salud (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra. Recuperado el 15 de Enero 2013, de http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2012). 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. New York. Recuperado el 5 de Febrero 2013, de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/index.html.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (2006). Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 19-22 Mayo 2000. Guatemala. OMS recuperado el 02 febrero de 2013, de <http://www.infoabu.com/Salud-Sexual-Promocion-PAHO-OMS.pdf>

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

- Pallás Alonso, CR. (2010). Programa de actividades preventivas y de promoción de la Salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. PrevInfad (AEPap)/ PAPPS infancia y adolescencia
- Read G.D. (1945). *Revelation of childbirth*. William Heinemann Medical Books.
- Read, G.D (1972). *Childbirth without fear*, 4º ed. New York: Harper and Row
- Reich, W. (1956). *Carta a A.S. Neil* .Es. Te.R.
- Rego, A. y Fernández, C. (2005). Inteligencia emocional: Desarrollo y validación de un instrumento de medida. Revista Interamericana de Psicología, 1, 23-28.
- Protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. SEGO. www.prosego.es.
- Recomendaciones para la Organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documentos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. SEGO. 2005.
- Rodrigañez Bustos, C. (2002). *El asalto al Hades, La rebelión de Edipo Iª Parte*. Versión digital (2010). Recuperado el 01 de Diciembre de 2012, de <http://sites.google.com/site/casildarodriganez>.
- Rodrigañez Bustos, C. (2007). *Pariremos con placer*. Madrid: Ediciones Crimentales S.L.
- Rodrigañez Bustos, C. (2008). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación para entender el origen social del malestar individual. La rebelión de Edipo, IIª parte*. Murcia: Casilda Rodrigañez Bustos. Versión digital (2011). Recuperado el 01 de Diciembre de 2012 de <http://sites.google.com/site/casildarodriganez>.
- Sánchez,F, et al. (2004). *Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)*, 34(6), 286-94.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. *Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer*. Consultado el 8 de Enero de 2013 en www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina-pr_desa_Innovacion5#PT9.

Salovey, P. y Mayer, J.L. (1990). *Emotional intelligence. Imagination. Cognition and personality*, 9, 185-211.

Salovey, P.-Mayer,J.D.-Goldman,S.L.-Turvey,C.-Palfai,T.P.(1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Eds.) *Emotion, Disclosure, & Health* (p. 125-151): Washington: American Psychological Association.

Salvador, C. (2010). *Análisis transcultural de la inteligencia emocional*. Almería, España: Universidad de Almería.

Salvador, C. (2008). Impacto de la inteligencia emocional percibida en la autoeficacia emprendedora. *Boletín de psicología*, 92, 65-80.

Salvador, C. (2009). Ecuaciones estructurales como modelos predictivos de la autoeficacia emprendedora en una muestra de jóvenes Mexicanos y Españoles. *Revista de Apuntes de Psicología*, 27(1), 65-78.

Salvador, C. y Morales, J. M. (2009). Satisfacción vital e inteligencia emocional como variables moduladoras de la autoeficacia emprendedora de los jóvenes Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 268-278.

SEGO (2007). Documento de consenso asistencia al parto.

Serrano Vicens, R. (1977). *Informe sexual de la mujer española*. Madrid: Lyder S.A.

Usandizaga, J.A. y De la Fuente, P. (2011). *Obstetricia y Ginecología. Obstetricia*. Madrid, España: Marbán Libros, S.L.

Estudio de la Inteligencia Emocional y Función Sexual en embarazadas a término

Valdez R, E. Conceptos de sexualidad en perinatología (2003) *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. vol.68, n.4 [citado 2013-02-25], pp. 333-336 . Disponible en:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000400013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-7526. doi: 10.4067/S0717-75262003000400013.

*Ventegodt S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 295-307.